

La salut a Barcelona 2010

Ciutat Vella ++++++ 46,21

Eixample ++++++ 31,22

Sants - Montjuïc ++++++ 48,14

Les Corts ++++++ 24,74

Barrià - Sant Gervasi ++++++ 30,05

Gràcia ++++++ 22,79

Horta - Guinardó ++++++ 10,56

Nou Barris ++++++ 49,19

Sant Andreu ++++++ 44,36

Sant Martí ++++++

La salut a Barcelona 2010

Presidenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i delegada de
Salut Pública de l'Ajuntament de Barcelona
Cristina Iniesta i Blasco

Gerent de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Conrad Casas i Segalà

Adjunt a gerència de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Joan Ramon Villalbí i Hereter

Directora de l'Observatori de Salut Pública de l'Agència de Salut Pública
de Barcelona
Carme Borrell i Thió

Realització:
Margarida Mas i Sardà
Galènia comunicació mèdica
Disseny gràfic:
MUTO
Fotografies:
Agència de Salut Pública de Barcelona
Fredi Roig
Edita:
Agència de Salut Pública de Barcelona
Impressió:
PRIMER SEGONA serveis de comunicació

Dipòsit Legal: B-XXXXXX-XX

Desembre 2011

Paper Offset ecològic certificat pel 

La salut a Barcelona 2010

Coordinació general de l'informe

Xavier Bartoll (ASPB).

Redacció

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Carme Borrell (ASPB).

Qui som

Carme Borrell (ASPB), Cristòfol Collado (DRC), Imma Cortès (ASPB), Josep Gómez (DRC), Ana Novoa (ASPB), Marta Olabarria (ASPB), Carles Salanova (DRC), Elena Santamariña (ASPB).

Com vivim

Lola Àlamo (ASPB), Montse Bartolí (ASPB), Carme Borrell (ASPB), Carme Beni (CSB), Alejo García (ASPB), Àlex Guarga (CSB), M. Teresa Brugal (ASPB), Ester Cros (CSB), Elia Díez (ASPB), Albert Espelt (ASPB), Anna M. García (CSB), Patricia García de Olalla (ASPB), Anna Gómez (ASPB), José Gracia (ASPB), Sandra Manzanares (ASPB), Sílvia Martín (ASPB), Glòria Pérez (ASPB), Maribel Pasarín (ASPB), Víctor Peracho (ASPB), Elena Puigdevall (CSB), Montserrat Puigdollers (CSB), Marc Rico (ASPB), Elvira Torné (CSB), Cecilia Tortajada (ASPB), Imma Vallverdú (CSB), Corinne Zara (CSB), Júlia Duran (ASPB), Pau Rodríguez (ASPB), Rosa Puigpinós (ASPB).

La nostra salut

Carme Borrell (ASPB), Joan Artur Caylà (ASPB), Imma Cortès (ASPB), Patricia García de Olalla (ASPB), Mercè Gotsens (ASPB), Marc Marí-Dell'Olmo (ASPB), Àngels Orcau (ASPB), Laia Palència (ASPB), Glòria Pérez (ASPB), Katherine Pérez (ASPB), Maica Rodríguez-Sanz (ASPB).

L'ús de tecnologies entre els joves escolaritzats de Barcelona

Èlia Díez (ASPB), Albert Espelt (ASPB), Xavier Garcia-Continent (ASPB), Manel Nebot (ASPB), Maribel Pasarín (ASPB), Anna Pérez (ASPB).

Brot de xarampió i cobertura vacunal

Joan A. Caylà (ASPB), Patricia García de Olalla (ASPB), Sara Lafuente (ASPB).

Immigració i serveis sanitaris: la perspectiva dels usuaris i l'òptica dels professionals a la ciutat de Barcelona

Carme Beni (CSB), Àlex Guarga (CSB), Joan Llosada (CSB), Mònica Miró (CSB), Carolina Pijem (CSB), Imma Vallverdú (CSB).

ASPB: Agència de Salut Pública de Barcelona.

CSB: Consorci Sanitari de Barcelona.

DRC: Departament de Recerca i Coneixement, Ajuntament de Barcelona.

Índex: La salut a Barcelona 2010

Presentació	7	5
Resum executiu	8	
Resumen ejecutivo	11	
Executive Summary	14	
La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut	17	
 Qui som	 19	
La situació demogràfica	20	
La situació socioeconòmica	21	
Les condicions de vida	22	
La mobilitat en dia feiner	24	
 Com vivim	 27	
El medi ambient	28	
L'aire	28	
L'aigua	30	
La seguretat i la higiene dels aliments	32	
La vigilància i el control de plagues urbanes	33	
Els comportaments	35	
El consum de drogues	35	
Els serveis sanitaris	37	
L'atenció primària de salut	37	
L'atenció a les urgències	39	
L'atenció especialitzada hospitalària	40	
L'atenció sociosanitària	41	
L'atenció a la salut mental	42	
L'atenció a les drogodependències	43	
La prestació farmacèutica	44	
Les accions en salut pública	46	
La vigilància dels objectius del Pla de Salut	46	
 La nostra salut	 51	
La salut sexual i reproductiva	52	
La tuberculosi	53	
La infecció per VIH-sida	55	
Les infeccions de transmissió sexual	57	
Les lesions per col·lisions de trànsit	58	
La salut laboral	59	
La mortalitat	61	
 Monogràfics	 65	
L'ús de tecnologies entre els joves escolaritzats de Barcelona	66	
Brot de xarampió i cobertura vacunal	70	
Immigració i serveis sanitaris: la perspectiva dels usuaris i l'òptica dels professionals a la ciutat de Barcelona	73	
 La salut a Barcelona 2010 en xifres	 79	

2^e Ligne : L'impact de l'éloignement

Le 1^{er} mars 2010, le 2^e jour de la conférence, les participants ont été invités à réfléchir à l'impact de l'éloignement sur la vie des personnes âgées.



Presentació

En l'informe d'aquest any es presenten novament les dades de la salut de la població tenint en compte el marc conceptual sobre els determinants socials de la salut. Aquest marc emfasitza la importància de l'entorn polític, l'entorn socioeconòmic i les condicions de vida i de treball de la població, com a factors relacionats amb la salut i les desigualtats en salut.

Alguns aspectes que es presenten posen de nou en evidència el progressiu envelliment de la població, així com un canvi de tendència en el percentatge de població estrangera, que l'any 2010 disminueix després d'una dècada d'augment. Es constata també un increment de la desocupació i un lleuger increment de l'atur de llarga durada. Pel que fa a la contaminació de l'aire, per primer cop no s'han superat els valors límit de la mitjana anual per a les partícules PM_{10} , mentre que s'han superat els nivells de NO_2 en algunes estacions de mesurament. Pel que fa a les concentracions de trihalometans a l'aigua de la xarxa de distribució i a les aixetes dels ciutadans de Barcelona, els valors han disminuït i se situen clarament per sota del límit legislat seguit la tendència del darrer trimestre del 2009.

Respecte a les dades sobre els recursos sanitaris i la seva utilització, cal destacar la disminució de les urgències hospitalàries gràcies, en part, a l'increment de l'oferta extrahospitalària i també al desplegament dels programes de salut i escola per part dels equips d'infermeria de l'atenció primària. La progressiva implementació de la cartera de serveis de salut mental a l'atenció primària de salut ha permès augmentar els recursos destinats a salut mental. Entre les accions de salut pública, aquest any es presenta un resum de l'avaluació de les principals intervencions vigents, en què destaquen els nivells de cobertura i el grau de satisfacció assolit. Es presenta també el seguiment i l'avaluació dels objectius del Pla de salut per a l'any 2010.

A continuació s'exposen els indicadors de salut. S'han assolit els objectius pel que fa a la reducció de la incidència de la tuberculosi, però cal continuar vigilant les infeccions per VIH, sobretot promocionant la prova diagnòstica especialment en els grups de risc, així com el diagnòstic precoç de les infeccions de transmissió sexual. També han disminuït les lesions per accidents de trànsit i per accidents de treball, probablement a causa de la menor activitat econòmica. L'esperança de vida dels ciutadans i les ciutadanes de Barcelona és alta i experimenta un lleuger increment, tot i que segueixen existint desigualtats pel que fa a la mortalitat en els diferents districtes i barris de la ciutat. D'altra banda, s'observa una disminució dels naixements i de les interrupcions involuntàries de l'embaràs, tant en les dones adultes com en les dones joves.

Finalment, vull donar les gràcies a totes les persones que han col·laborat en l'elaboració d'aquest informe.

Cristina Iniesta i Blasco
Delegada de Salut Pública
Ajuntament de Barcelona
Presidenta de l'Agència de
Salut Pública de Barcelona

Resum executiu

8

Qui som

La situació demogràfica

Segons dades del padró municipal d'habitants, l'any 2010 la població de Barcelona és d'1.618.926 persones: 766.858 homes (47,4%) i 852.068 dones (52,6%). Des que va començar l'onada migratòria al principi de segle, s'ha observat per primer cop l'any 2010 una reducció del nombre de persones nascudes a l'estranger (-1,4% respecte de l'any 2009), davallada que ha afectat especialment els homes entre 15 i 44 anys procedents de països en vies de desenvolupament (-7,4%).

La situació socioeconòmica

Respecte a la situació socioeconòmica, cal assenyalar que la taxa d'atur, que s'ha incrementat respecte al 2009, continua essent l'indicador més negatiu de l'evolució del mercat laboral. Durant el 2010 s'ha observat un increment de les persones en atur de llarga durada i una disminució de la proporció de persones aturades perceptores de prestacions o subsidis.

Les condicions de vida

Els centres de serveis socials han atès el 2010 61.300 persones, que representen el 3,8% de la població. El problema més freqüent atès als centres de serveis socials és de tipus econòmic i representa el 30% de les problemàtiques tractades. El 45% de les persones ateses són de 65 anys o més, i el 66% són dones.

La mobilitat en dia feiner

Els anys 2009 i 2010 s'han dut a terme una mitjana de 6,34 milions de desplaçaments per la ciutat. Els desplaçaments a peu o en bicicleta suposen el 41,7%; en transport públic, el 34,6%, i en transport privat, el 23,7%. L'ús del transport varia segons el districte i ve determinat tant per les característiques individuals com de districte.

Com vivim

El medi ambient

L'aire

L'any 2010 s'ha experimentat una millora de la qualitat de l'aire de la ciutat pel que fa al conjunt

dels contaminants regulats. Per primera vegada es compleix el valor límit de la mitjana anual ($40 \mu\text{g}/\text{m}^3$) per a les partícules PM_{10} a totes les estacions de mesurament. Els nivells de NO_2 han superat el valor límit anual ($40 \mu\text{g}/\text{m}^3$) a les estacions de trànsit i en una estació de mesura de fons urbà.

L'aigua

Les concentracions de trihalometans a l'aigua de la xarxa de distribució i a les aixetes dels ciutadans de Barcelona han disminuït durant el 2010 i se situen clarament per sota del límit legislat (100 mg/l). L'Agència de Salut Pública de Barcelona ha detectat algunes incidències en el control de la qualitat de l'aigua a l'aixeta del consumidor a causa de la manca de neteja i manteniment de les xarxes internes d'edificis antics amb dipòsits interns i/o canonades de plom.

La seguretat i la higiene dels aliments

Durant el 2010, l'Institut de Seguretat Alimentària ha intervingut en la detecció i gestió de 197 irregularitats alimentàries, tant originades a la ciutat com a fora, i causades per perills biològics per microorganismes (37%) i paràsits (4,2%), per la presència de residus químics per sobre dels valors màxims permesos (18,7%), així com per irregularitats derivades de manipulacions (15,2%) i etiquetatges incorrectes (4,2%).

La vigilància i el control de plagues urbanes

El nombre d'incidències registrades per espècies de plaga s'ha mantingut estable al llarg de l'any 2010 i han disminuït les incidències per mosquit gràcies, d'una banda, a la meteorologia (factor que incideix sobre les condicions d'establiment i reproducció de l'espècie) i, de l'altra, a un co-neixement millor per part de la ciutadania sobre les mesures preventives.

Els comportaments

El consum de drogues

La substància que motiva un nombre més elevat de primeres visites al Servei d'Orientació sobre Drogues (SOD) en els adolescents és el cànnabis. Tot i així, el consum problemàtic es presenta en un percentatge molt inferior; un de cada deu menors atesos al SOD té un consum de cànnabis d'alt risc. L'alcohol és la droga que té un nombre més alt de primeres visites, i s'apropa a l'activitat generada per l'heroïna als centres d'atenció i seguiment. En general, hi ha una certa estabilització en el nombre de primeres visites en totes les substàncies.

Els serveis sanitaris

L'atenció primària en salut

L'atenció primària en salut és el primer nivell d'accés a l'assistència sanitària. Els serveis d'atenció primària de la ciutat de Barcelona durant l'any 2010 han donat cobertura al 66,8% del total de la població assignada, amb una mitjana de 3,9 visites de metge de família per persona l'any i de 3,7 visites per pediatre.

Quant a la població immigrant, i per tal de facilitar l'accés i la relació amb els serveis sanitaris, l'activitat dels mediadors s'ha dut a terme principalment en l'àmbit hospitalari i també en l'àmbit de l'atenció primària.

En el programa «Salut i escola» han participat els professionals d'infermeria de 65 ABS, que han donat cobertura al 71,6% dels centres d'ESO.

L'atenció a les urgències

Les urgències hospitalàries tendeixen a disminuir. El grup més freqüentador són les persones de més de 65 anys amb patologia complexa, seguit de la població pediàtrica i de l'adult. La reordenació dels recursos d'urgència extrahospitalaris té com a objectiu oferir a la ciutadania resultats més eficaços i prestar l'atenció més adequada al lloc més adient.

L'atenció especialitzada hospitalària

Una tercera part dels centres hospitalaris públics de Barcelona són d'alta tecnologia, fet que implica una prestació de serveis altament especialitzada. Les causes més freqüents d'hospitalització continuen essent les malalties circulatòries, les del sistema nerviós i les dels òrgans dels sentits, seguides de les neoplàsies i les de l'aparell digestiu.

L'atenció sociosanitària

Respecte a l'atenció sociosanitària, atesa l'evolució demogràfica i epidemiològica de la població de la ciutat, s'ha posat l'accent a promoure polítiques d'intervenció específiques i centrades en les persones més necessitades, des del punt de vista de la salut, amb un sistema que integri tots els recursos que actuen en el territori.

L'atenció a la salut mental

A Barcelona, l'any 2010, s'han generat 4.544 ingressos a les unitats d'aguts de salut mental i 793 ingressos a les unitats de subaguts, on les patologies ateses més freqüents han estat els trastorns esquizofrènics i els trastorns límits de la personalitat.

Durant el període 2007-2010 s'han consolidat els quatre comitès operatius de salut mental i addiccions (COSMIA): Barcelona Nord, Barcelona

Dreta, Barcelona Esquerra i Barcelona Litoral-Mar. En destaquen les actuacions següents: al comitè operatiu de Barcelona Esquerra s'ha treballat l'avaluació del programa sobre el nou model de suport a l'atenció primària (AP), així com la consolidació del programa sobre la psicosi incipient; al de Barcelona Dreta, s'ha consolidat el programa de prevenció contra el suïcidi; al de Barcelona Nord, el programa per a la millora en la coordinació dels/les pacients amb problemes de salut mental i comorbiditat orgànica, i al de Litoral-Mar, la millora de l'aliança entre els recursos de salut mental i els recursos d'addiccions, juntament amb els centres de dia i els hospitals de dia.

L'atenció a les drogodependències

La substància que genera un nombre més elevat de pacients en tractament és l'alcohol, amb un 33,8% d'homes i un 36,6% de dones, seguida de l'heroïna, amb un 30,1% d'homes i un 25,3% de dones. El nombre absolut de morts per reacció aguda adversa a drogues il·legals s'ha mantingut estable al llarg dels anys (uns 80 morts anuals), malgrat una davallada entre els anys 2007 i 2008.

La prestació farmacèutica

Les dones, en general, obtenen més receptes per usuari, en canvi, són els homes els qui tenen un cost per recepta més elevat. Les dones consumeixen més calci, antiulcerosos, antidepressius i ansiolític que els homes, entre d'altres.

Les accions en salut pública

Bona part dels programes d'intervencions que duu a terme l'ASPB s'orienten a col·lectius de ciutadans i ciutadanes amb més necessitats en benestar i resultats en salut. Amb les mesures d'indicadors de població i de cobertura es vol donar compte del grau d'assoliment dels objectius marcats i de la reducció de les desigualtats en salut.

La vigilància dels objectius del Pla de Salut

A Barcelona s'assoleix un 60% dels objectius del Pla de salut de Catalunya per a l'horitzó 2010, dividits en tres eixos estratègics: el compromís intersectorial en la salut, el foment d'eleccions saludables dels ciutadans i la millora de la qualitat.

La nostra salut

La salut sexual i reproductiva

L'any 2009 s'observa una davallada de la fecunditat i dels avortaments en les dones en edat fèrtil (15-49 anys) i, per primera vegada en els darrers anys, també en les dones de 15 a 19 anys. Tot i la davallada, les dones que provenen de països no desenvolupats mantenen taxes superiors d'embarassos no planificats.

La tuberculosi

La tuberculosi a Barcelona el 2010 ha augmentat un 10% respecte del 2009 (taxa 26,5 casos/100.000 h). Aquest augment s'ha

Resum executiu

10

observat principalment a Ciutat Vella i en homes immigrants. Així i tot la forma clínica més contagiosa de la malaltia ha continuat disminuint, situant-se en 7 casos/100.000 h, assolint l'objectiu previst en el Pla de salut per a l'any 2010.

La infecció per VIH-sida

Malgrat la disponibilitat de la prova del VIH, hi ha massa sovint un retard en el diagnòstic de la intervenció. Les dades que es presenten en aquest informe subratllen la importància de millorar la promoció de la prova en la població general i en poblacions més vulnerables, ja que les morts per infecció pel VIH es concentren en persones que es diagnostiquen tardanament.

Les infeccions per transmissió sexual

Les infeccions per transmissió sexual (ITS) es configuren com a infeccions emergents que afecten majoritàriament homes amb pràctiques homosexuals. La seva prevenció i control requereixen millorar el diagnòstic precoç i l'estudi de les parelles sexuals. Els metges i les metgesses que diagnostiquen una ITS han de promoure la prova del VIH amb l'objectiu de disminuir la transmissió i el retard en el diagnòstic del VIH.

Les lesions per col·lisions de trànsit

L'any 2010 s'han produït a la ciutat de Barcelona

8.269 col·lisions de trànsit que han ocasionat víctimes, amb 10.799 lesionats (6.659 homes i 4.140 dones) i 39 morts (28 homes i 11 dones) durant les primeres 24 hores després de la col·lisió. Respecte de l'any anterior, s'ha observat una reducció del 5,5% en el nombre de persones lesionades i del 2,5% en el nombre de morts.

La salut laboral

Respecte de l'any anterior, s'ha produït un lleuger descens en el total de lesions (2,4%) i de lesions lleus (2,3%), mentre que la disminució de les lesions greus i, sobretot, de les mortals, ha estat molt important (17,6% i 32,4%, respectivament). Aquesta disminució ha estat més accentuada els dos darrers anys (sobretot el 2010), tendència molt probablement relacionada amb el descens de l'activitat laboral a causa de l'actual crisi econòmica, que afecta especialment el sector de la construcció.

La mortalitat

A Barcelona segueix la tendència de l'any 2009 d'augment en l'esperança de vida, que és de 79,2 anys per als homes i de 85,3 anys per a les dones. Les malalties cardiovasculars són les principals causes de mortalitat, seguides de les causes relacionades amb el tabac en els homes i de les malalties degeneratives cerebrals en les dones. L'estudi de les desigualtats socioeconòmiques i mediambientals en àrees petites (projecte MEDEA) permet conèixer detalladament els patrons de mortalitat a les ciutats i la seva relació amb el context socioeconòmic. Així, a Barcelona, les zones de més privació socioeconòmica han presentat els pitjors indicadors de mortalitat.

Resumen ejecutivo



**Resum executiu
(TRADUCCIÓ EN CASTELLÀ)**

Resumen ejecutivo

12

**Resum executiu
(TRADUCCIÓ EN CASTELLÀ)**



**Resum executiu
(TRADUCCIÓ EN CASTELLÀ)**

Executive Summary

14

**Resum executiu
(TRADUCCIÓ EN ANGLÈS)**

Resum executiu (TRADUCCIÓ EN ANGLÈS)

Executive Summary

16

**Resum executiu
(TRADUCCIÓ EN ANGLÈS)**

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

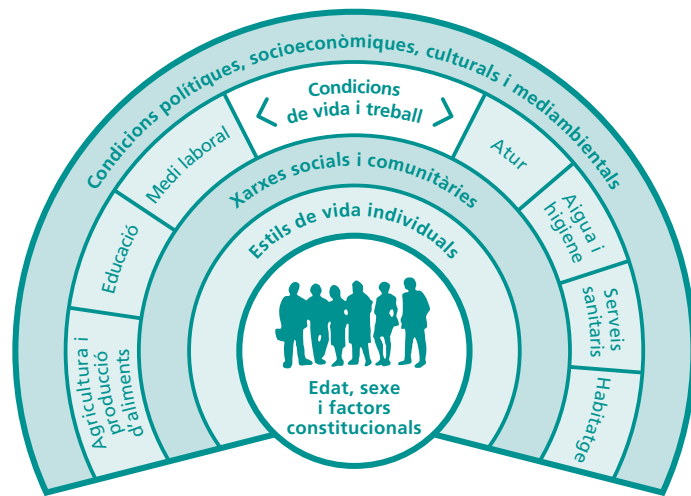
L'estat de salut de la població varia en funció dels grups socials i, per aquest motiu, cal valorar la distribució tant de la salut com dels seus determinants segons els gèneres, les classes socials, els territoris o les ètnies. Descriure l'estat de salut segons els grups socials hauria de ser una pràctica tan habitual com la d'analitzar-lo segons els grups d'edat. La justificació d'aquesta necessitat ve donada per la seva utilitat a l'hora de posar en marxa polítiques sanitàries i socials¹ adreçades a disminuir les desigualtats en salut.

Un dels models utilitzats per explicar els determinants de la salut i les desigualtats en salut és el descrit per Dahlgren i Whitehead² (vegeu la figura 1). És el model que s'ha utilitzat per a l'elaboració dels últims informes de salut a Barcelona. Els determinants de la salut queden distribuïts en capes d'influència, cadascuna de les quals influeix, al seu torn, sobre les altres. Al centre hi ha els factors individuals que afecten la salut, com són l'edat, el sexe i els elements hereditaris. Aquests factors són fixos i no poden ser modificats. Al seu voltant n'hi ha d'altres que no són fixos i, per tant, sí que són susceptibles d'intervenció. En una primera capa trobem els estils de vida (consum de tabac, activitat física, comportament sexual, etc.), amb una influència clara i directa sobre la salut de les persones. En una segona capa apareixen les influències socials i comunitàries, ja que la interacció amb les persones de l'entorn immediat (familiars, amics, veïns, etc.) també afecta la salut. A continuació, intervenen les condicions de vida i treball: l'agricultura i la producció d'aliments, l'educació, el medi laboral, l'atur, l'aigua i la higiene sanitària, els serveis sanitaris i l'habitatge. Com a últim embolcall trobem les condicions socioeconòmiques (incloent-hi l'estructura social), polítiques, culturals i ambientals. Aquestes tres darreres capes d'influència afecten la salut de les persones a través de la «incorporació» (embodiment), concepte que fa referència a la manera com incorporem biològicament el món material i social en què vivim. Les persones incorporen biològicament les seves experiències de desigualtat des de la vida intrauterina fins a la mort³.

Aquest model permet detectar els «punts d'entrada» per a l'acció. Així doncs, es pot

actuar en un àmbit més «macro», per exemple, reduint la pobresa o les desigualtats de la renda en la població, o en un àmbit més «micro», focalitzant-se, per exemple, en un problema de salut en un districte d'una ciutat. Tal com s'ha comentat, en aquest informe es tenen en compte la majoria dels factors esmentats anteriorment a l'hora de descriure l'estat de salut de la població de la ciutat de Barcelona i els seus determinants. A continuació, en una primera part de l'informe, es descriu «Qui som», on s'exposa la situació demogràfica i socioeconòmica de la ciutat de Barcelona. La segona part detalla «Com vivim» i engloba temes de medi ambient, els comportaments o estils de vida i els serveis sanitaris i, per acabar, s'analitza «La nostra salut». En aquest darrer apartat es descriuen diversos aspectes rellevants de la salut per temes, com ara, la salut sexual i reproductiva, la mortalitat, els problemes de salut específics i les lesions per accidents.

Figura 1. Model dels determinants de la salut.



Font: Modificat de Dahlgren i Whitehead².

Referències bibliogràfiques

- 1 Whitehead M, Dahlgren G, Wilson L. Developing the policy response to inequalities in health: a global perspective. A: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. Challenging inequities in health. From ethics to action. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 309-23.
- 2 Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: World Health Organisation; 1991.
- 3 Krieger N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. J Epidemiol Comm Health 2005; 59: 350-5



Qui som

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Qui som

La situació demogràfica

La situació socioeconòmica

Les condicions de vida

La mobilitat en dia feiner

Com vivim

El medi ambient

L'aire

L'aigua

La seguretat i la higiene dels aliments

La vigilància i el control de plagues urbanes

Els comportaments

El consum de drogues

Els serveis sanitaris

L'atenció primària de salut

L'atenció a les urgències

L'atenció especialitzada hospitalària

L'atenció sociosanitària

L'atenció a la salut mental

L'atenció a les drogodependències

La prestació farmacèutica

Les accions en salut pública

La vigilància dels objectius del Pla de Salut

La nostra salut

La salut sexual i reproductiva

La tuberculosi

La infecció per VIH-sida

Les infeccions de transmissió sexual

Les lesions per col·lisions de trànsit

La salut laboral

La mortalitat

Monogràfics

L'ús de tecnologies entre els joves escolaritzats de Barcelona

Brot de xarampió i cobertura vacunal

Immigració i serveis sanitaris: la perspectiva dels usuaris i l'òptica dels professionals a la ciutat de Barcelona

La salut a Barcelona 2010 en xifres

La situació demogràfica

20

Segons dades del padró municipal d'habitants cedides per l'Ajuntament de Barcelona, la població de Barcelona l'any 2010 és d'1.618.926 persones: 766.858 homes (47,4%) i 852.068 dones (52,6%).

La distribució de la població de la ciutat per edat i sexe mostra un nombre més alt d'homes que de dones entre les persones menors de 45 anys, mentre que la proporció de dones és superior entre les de 45 anys i més, i és gairebé del doble en les persones majors de 74 anys. Aquestes proporcions s'han mantingut al llarg dels anys, tret del grup d'edat entre 15 i 44 anys. Als anys noranta, el nombre de dones en aquest grup d'edat va ser superior al d'homes, mentre que a causa de l'onada migratòria d'aquests últims deu anys la proporció s'ha invertit (vegeu la taula 1, pàgina 80).

Pel que fa a les persones grans, la proporció de persones de 75 anys i més ha continuat amb la mateixa tendència creixent. De la mateixa manera, la proporció de persones grans que viuen soles també ha anat en augment. Així, l'any 2010, 18.453 homes i 67.150 dones de 65 anys i més viuen sols, xifres que representen el

12,1% dels homes entre 65 i 74 anys, el 14,4% dels homes entre 75 i 84 anys, i el 21,8% dels homes de 85 anys i més. Aquestes mateixes proporcions en les dones han estat considerablement més elevades: el 23,9%, el 38,4% i el 42,5%, respectivament.

L'any 2010, les persones nascudes fora de l'Estat espanyol han representat el 21,1% de la població de Barcelona, la majoria de les quals són procedents de països de Amèrica Central o Amèrica del Sud (50,8%), seguides de les procedents de països de la Unió Europea (dels 15 estats membres) (16%) i de països d'Àsia i Oceania (exclosos Japó, Austràlia i Nova Zelanda) (15,9%). En menor proporció, han nascut a la resta de països d'Europa (8,2%), a països del Magrib (5,4%), en altres països desenvolupats (EUA, Canadà, Japó, Austràlia i Nova Zelanda) (1,9%) i la resta de països de l'Àfrica (1,8%). Des que va començar l'onada migratòria al principi de segle, amb el consegüent augment progressiu del nombre de persones estrangeres residents a Barcelona, l'any 2010 és el primer en què s'ha observat una reducció del nombre d'estrangers (-1,4% respecte de l'any 2009). Aquesta davallada s'ha produït de forma més important en els homes entre 15 i 44 anys (-7,4%) (vegeu la figura 1) i ha afectat especialment els països menys desenvolupats. És a dir, en els homes procedents del Magrib (-12,7%) i la resta d'Àfrica (-16,6%), d'Àsia i Oceania (-13,6%), i d'Europa, exclosos els 15 estats membres de la Unió Europea (-10,6%), mentre que aquesta disminució s'ha observat en menor mesura en les persones procedents de països de Amèrica Central i Amèrica del Sud (-4,8%), dels països dels 15 estats membres de la Unió Europea (-1,3%) i de la resta de països desenvolupats (-1,3%).

Figura 1. Evolució del nombre de persones nascudes a l'estranger de 15 a 44 anys per sexe. Barcelona, 2000-2010.



Font: Padró municipal d'habitants de l'any 2010. Ajuntament de Barcelona.

Nota: la reducció que s'observa l'any 2007 es relaciona amb el fet que a mig 2006 entra en vigor la resolució segons la qual la inscripció en el padró municipal d'habitants pels estrangers no comunitaris sense autorització de residència permanent caduca si no es renova cada dos anys.

La situació socioeconòmica

Les taxes d'activitat i d'ocupació han disminuït respecte de l'any anterior en ambdós sexes: molt lleugerament la primera i de manera més marcada la segona, sobretot en els homes, que ha passat de 58,2% a 55,7%. De la mateixa manera que l'any 2009, els efectes de la crisi en el mercat de treball s'han manifestat sobretot en l'augment de la taxa d'atur, que, tot i que no s'ha incrementat en la mateixa magnitud que l'any anterior, ha assolit valors de 17,3% en els homes i de 15% en les dones, (vegeu el quadre 1).

En comparar els tres indicadors de Barcelona amb Catalunya i l'Estat espanyol, s'observen poques diferències en les dones dels dos primers àmbits territorials, mentre que a l'Estat espanyol les taxes femenines són, en general, més desfavorables. Quant als homes, la situació més favorable respecte a la taxa d'activitat i la d'ocupació es dona a Catalunya, i a Barcelona, respecte a la taxa d'atur. Si es tenen en compte les taxes específiques (que fan referència a la població de 16 a 64 anys i que permeten corregir possibles

diferències d'edat entre els territoris), la situació més favorable per a tots tres indicadors es dona a Barcelona, excepte la taxa d'activitat masculina, que és més alta en el conjunt de Catalunya (vegeu el quadre 2).

És ben conegut l'efecte negatiu que té la pèrdua de treball en la salut, així com la seva millora tan bon punt es torna a treballar. Algunes

Quadre 2. Taxes d'activitat, ocupació i atur segons el sexe i l'àmbit geogràfic de l'any 2010.

	Taxa d'activitat		Taxa d'ocupació		Taxa d'atur	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Taxes						
Barcelona	67,4	54,4	55,7	46,2	17,3	15,0
Catalunya	70,4	55,5	57,3	46,3	18,6	16,7
Espanya	68,1	52,3	54,7	41,6	19,8	20,5
Taxes específiques (de 16 a 64 anys)						
Barcelona	83,9	74,7	69,1	63,4	17,6	15,2
Catalunya	84,7	70,9	68,8	59,0	18,8	16,8
Espanya	81,9	66,8	65,6	53,1	19,9	20,6

Font: Encuesta de Población Activa. INE.

Quadre 1. Evolució de les taxes d'activitat, ocupació i atur segons sexe. Barcelona 1995-2010.

	Taxa d'activitat		Taxa d'ocupació		Taxa d'atur	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
1995	63,4%	42,1%	53,2%	31,9%	16,1%	24,4%
1996	61,0%	41,5%	49,8%	32,3%	18,5%	22,2%
1997	60,6%	41,9%	51,4%	32,9%	15,3%	21,5%
1998	62,6%	40,8%	55,5%	31,8%	11,4%	22,1%
1999	59,1%	39,0%	53,5%	32,4%	9,5%	16,8%
2000	59,1%	39,0%	53,5%	34,2%	9,6%	12,3%
2001	63,8%	44,0%	58,4%	38,4%	8,6%	12,7%
2002	63,2%	44,4%	56,9%	38,3%	10,0%	13,8%
2003	66,3%	45,9%	59,6%	40,0%	10,2%	12,8%
2004	68,3%	48,4%	61,4%	42,3%	10,2%	12,6%
2005	69,7%	49,2%	65,2%	44,9%	6,5%	8,7%
2006	69,7%	51,7%	66,0%	47,5%	5,4%	8,1%
2007	67,5%	51,5%	63,2%	48,0%	6,4%	6,7%
2008	69,5%	53,1%	64,2%	49,1%	7,7%	7,6%
2009	67,7%	54,8%	58,2%	47,5%	14,1%	13,3%
2010	67,4%	54,4%	55,7%	46,2%	17,3%	15,0%

Font: Encuesta de Población Activa (EPA). Instituto Nacional de Estadística.

Valors anuals d'elaboració pròpia, les dades trimestrals es poden consultar al Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona <http://www.bcn.es/estadistica/catala/index.htm>

Nota: L'any 2005 va canviar la metodologia de l'EPA. Les dades del 2001 al 2004 s'han revisat amb la nova metodologia, no són comparables, però, amb les dels anys anteriors.

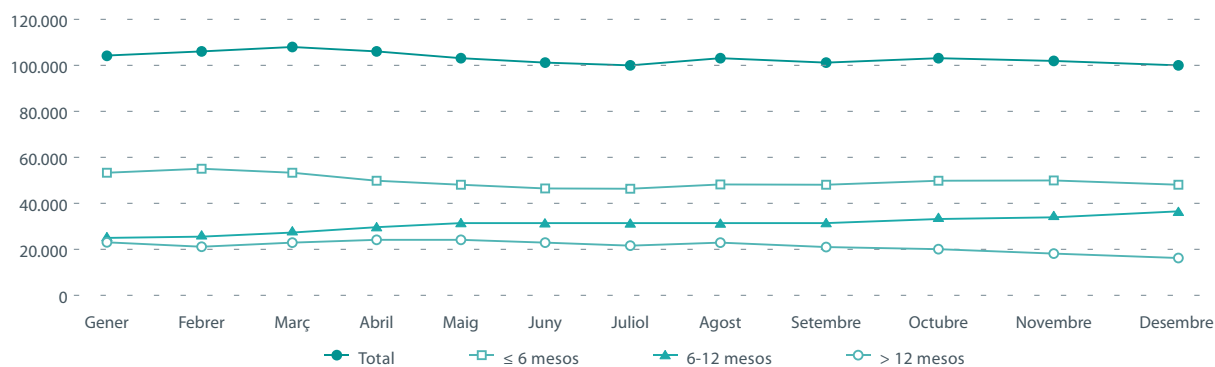
La situació socioeconòmica

22

característiques de l'atur poden incrementar o alleugerir l'impacte sobre la salut, per exemple, la durada de l'atur i el cobrament de prestacions econòmiques. Així, l'atur de llarga durada es relaciona amb els pitjors indicadors de salut, mentre que la percepció de prestacions té un efecte protector de la salut de les persones que perden la feina. Segons dades del Departament d'Ocupació i Empresa de la Generalitat, durant

el 2010 ha disminuït lleugerament el nombre de persones aturades de curta durada (6 mesos o menys), mentre que ha augmentat el de persones que es mantenen sense feina més de 12 mesos (al gener n'eren 28.757 i al desembre 34.420). En la figura 2 s'observa l'evolució mensual del nombre de persones aturades segons la durada de l'atur. D'altra banda, també durant el 2010 s'ha produït una disminució de la proporció de persones en atur que perceben prestacions o subsidis: al gener era d'un 72,9% i al desembre d'un 66,4%.

Figura 2. Evolució de l'atur registrat segons la durada i el mes. Barcelona, 2010.



Elaborada pel Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona.
Font: Departament d'Empresa i Ocupació. Generalitat de Catalunya.

Les condicions de vida

L'atenció social individual i familiar als centres de serveis socials.

Els serveis bàsics d'atenció primària són el primer nivell del sistema públic de serveis socials. Atenen ciutadans i ciutadanes en dificultats amb l'objectiu de millorar el seu benestar i afavorir la seva integració social. La finalitat principal és promoure mecanismes per conèixer, prevenir i intervenir en

persones, famílies i grups socials, especialment si es troben en situacions de risc o d'exclusió social.

El servei més important de l'atenció primària, pel que fa al volum d'activitat i al pressupost, és el Servei d'Atenció Social Individual, Familiar, Grupal i Comunitària. Les prestacions que ofereix principalment són: informar, orientar, assessorar i tractar persones, famílies i grups, tramitar l'accés als recursos i als serveis municipals i a altres administracions, als serveis d'atenció domiciliària, al servei

de teleassistència, etc. Aquest servei es presta a la xarxa de centres de serveis socials existents a la ciutat i és la porta d'entrada per a la resta de serveis i prestacions del sistema públic de serveis socials. La seva finalitat és donar solució a les demandes i problemàtiques presentades pels usuaris, i col·laborar amb entitats i grups del barri per buscar conjuntament solucions als problemes socials existents o que es poden generar al territori. A la ciutat hi ha 38 centres de serveis socials, que compten amb 551 professionals¹ (treballadors socials, educadors, psicòlegs i personal de suport administratiu) que donen servei a tota la població de forma territorialitzada.

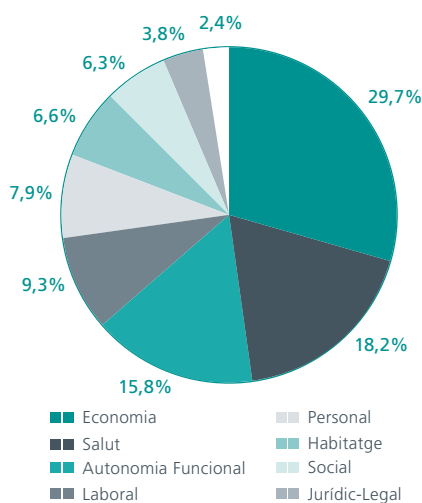
De les dades d'activitat del servei corresponents a l'any 2010 es poden destacar les qüestions següents: l'any 2010 el servei ha atès 61.300 persones, el 3,8% de la població, i el districte de Ciutat Vella ha estat el districte amb la taxa d'utilització del servei més elevada (7,1%). A l'altre extrem se situa el districte de Les Corts, on només el 2% de la població ha fet ús del servei. Si ens fixem en l'edat, el 45% de les persones ateses pel servei són de 65 anys i més; els infants fins a

14 anys representen el 3,7% de les persones ateses, i els joves de 15 a 24 anys, el 6%. Quant a l'atenció per gènere, el 66% de les persones ateses són dones i el 34% homes. La població amb discapacitat representa el 6,7% dels usuaris del servei, valor molt similar a la prevalença de la discapacitat en la població (7,1%), vegeu la figura 4.

El problema més freqüent atès als centres de serveis socials és de tipus econòmic i representa un 30% de les situacions problemàtiques tractades (vegeu la figura 3). El 18% de les persones ateses presenten problemes relacionats amb la salut; el 16%, amb l'autonomia personal; el 9%, amb qüestions laborals, i el 7%, amb l'habitatge. A Ciutat Vella els problemes de tipus econòmic representen el 38% del total dels problemes tractats, en contraposició amb el districte de Les Corts, on no arriben al 19% del total de problemes tractats al territori i on, en canvi, els problemes relacionats amb l'autonomia personal, les malalties cròniques i la salut en general representen prop del 50% de l'activitat. Les persones ateses pel servei han presentat, de mitjana, 2,2 problemes; les persones residents al districte de Sarrià-Sant Gervasi, 1,7 problemes, i els ciutadans i ciutadanes de Ciutat Vella, una mitjana de 3,3. Finalment, el nombre d'unitats d'atenció (entrevistes, reunions, gestions, etc.) per usuari, a escala de ciutat, ha estat de 3,2. A Ciutat Vella les persones ateses han rebut 4,5 unitats d'atenció. A l'altre extrem es troba el districte de Nou Barris, on les persones ateses han rebut de mitjana 2,7 unitats d'atenció.

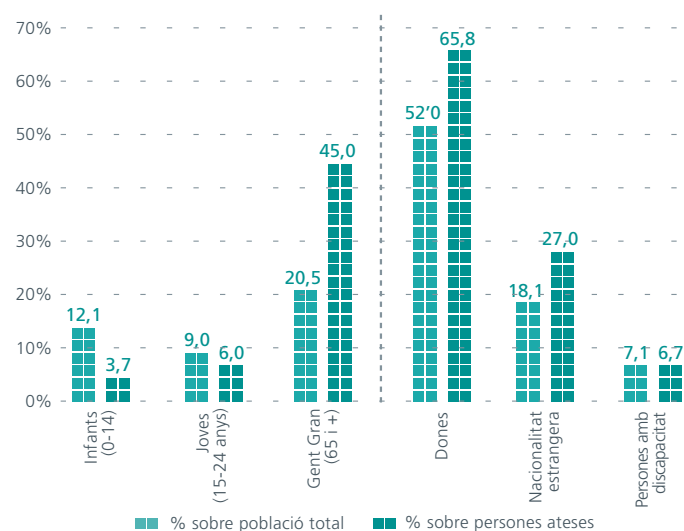
¹ El 31 de desembre de 2010.

Figura 3. Problemàtiques presentades per les persones ateses als centres de serveis socials. Barcelona, 2010.



Font: Àrea d'Acció Social i Ciutadania. Ajuntament de Barcelona.

Figura 4. Col·lectius atesos pel Servei d'Atenció Social Individual i Familiar. Barcelona, 2010.



Font: Àrea d'Acció Social i Ciutadania. Ajuntament de Barcelona.

La mobilitat en dia feiner

24

Segons dades de l'Enquesta de mobilitat en dia feiner de Barcelona (EMEF), que duu a terme anualment l'Ajuntament de Barcelona, els anys 2009 i 2010 s'han fet una mitjana de 6.338.456 desplaçaments per la ciutat. Els desplaçaments a peu o en bicicleta suposen el 41,7% del total de desplaçaments; els desplaçaments en transport públic suposen el 34,6%, i els desplaçaments en transport privat, el 23,7%. L'Eixample i Sant Martí són els districtes amb major mobilitat, ja que el 22,8% i el 12,7% dels desplaçaments totals de la ciutat, respectivament, han estat amb origen i/o destí en aquests districtes. Els districtes de

Sant Andreu i Nou Barris són els districtes amb menor mobilitat (7,0% i 6,1%, respectivament).

Respecte a la mobilitat a peu o en bicicleta, és el districte de Nou Barris el que presenta la major mobilitat en aquest mitjà de transport en homes (vegeu el quadre 3), de manera que el 42,5% dels desplaçaments que els homes fan per aquest districte són a peu o en bicicleta, mentre que a Sants-Montjuïc és qui presenta la major mobilitat a peu o en bicicleta en dones (50,8%). Els barris amb menor mobilitat a peu o en bicicleta són Sarrià-Sant Gervasi en els homes (26,1%) i Les Corts en les dones (33,3%). En canvi, pel que fa a la mobilitat en transport públic, el districte de Ciutat Vella presenta la major mobilitat en aquest mitjà de transport en homes (45%) i l'Eixample en les dones (50,8%).

Quadre 3. Desplaçaments en un dia feiner segons mode de transport, districte i sexe. Barcelona, 2009-2010.

	Peu + Bici		Transport públic		Transport privat	
Homes						
Ciutat Vella	111.687	33,9%	145.844	45,0%	67.429	21,1%
Eixample	266.950	28,3%	391.898	41,4%	286.195	30,3%
Sants-Montjuïc	151.766	33,4%	128.880	28,3%	174.620	38,4%
Les Corts	92.217	28,9%	116.259	36,1%	112.107	35,1%
Sarrià-Sant Gervasi	101.294	26,1%	120.068	31,1%	164.595	42,8%
Gràcia	88.265	31,6%	100.897	37,2%	84.499	31,3%
Horta	106.413	32,1%	110.208	32,9%	117.545	35,1%
Nou Barris	110.287	42,5%	69.055	26,6%	80.573	31,0%
Sant Andreu	112.541	37,5%	86.779	29,0%	100.817	33,6%
Sant Martí	166.188	32,5%	177.819	34,8%	167.405	32,8%
Total	1.309.778	33,5%	1.448.650	33,7%	1.356.715	32,8%
Dones						
Ciutat Vella	125.161	42,1%	146.501	48,8%	28.394	9,2%
Eixample	364.993	36,4%	510.467	50,8%	129.268	12,9%
Sants-Montjuïc	190.545	48,2%	157.071	39,6%	48.415	12,3%
Les Corts	115.028	33,3%	157.229	45,6%	72.889	21,3%
Sarrià-Sant Gervasi	155.663	33,8%	184.081	39,9%	121.965	26,4%
Gràcia	175.206	47,1%	142.507	38,0%	56.194	14,9%
Horta	148.551	37,7%	178.918	44,7%	70.246	17,6%
Nou Barris	117.360	43,0%	100.135	41,8%	41.665	15,3%
Sant Andreu	133.586	43,6%	114.788	38,7%	51.445	17,7%
Sant Martí	264.741	46,0%	225.432	39,1%	86.049	14,9%
Total	1.793.362	40,1%	1.919.351	41,7%	713.409	18,2%

Font: Enquesta de mobilitat en dia feiner de Catalunya, 2009-2010.

Nota: %: percentatge d'homes i de dones que es desplacen en cada mode de transport i per un districte respecte el total de desplaçaments en aquell districte.

Els districtes amb menor mobilitat en transport públic són Nou Barris en els homes (26,6%) i Gràcia en les dones (38%). Per acabar, pel que fa a la mobilitat en transport privat, el districte de Sarrià-Sant Gervasi presenta la major mobilitat en aquest mitjà de transport en homes i en dones (42,8% i 26,4%, respectivament), i Ciutat Vella, la menor (21,1% i 9,2%).

En els darrers anys, s'ha posat de manifest que tant les característiques individuals de la persona que es desplaça com les característiques de l'entorn per on es mou determinen l'elecció del mitjà de transport. Tant els factors relacionats amb l'entorn construït, com poden ser les zones per a vianants o els metres de vorera, com els factors més indicatius de la connectivitat

del districte, la densitat de població o el nombre de carrers, poden explicar, en part, l'ús més freqüent d'un o d'un altre mitjà de transport en els diferents districtes. Així mateix, cal tenir en compte que factors condicionants, com la disponibilitat de transport públic o de vehicle privat, també varien segons el districte. Aquesta relació es pot observar en comparar la mobilitat dels districtes amb les seves característiques d'entorn (vegeu el quadre 4). Els districtes on s'observa una elevada mobilitat a peu o bicicleta, com poden ser Nou Barris i Ciutat Vella, són districtes que presenten una elevada proporció de zones per a vianants, de verd urbà i de nombre de carrers per hectàrea de superfície, així com una baixa proporció de turismes per habitant. A més, als districtes amb una elevada mobilitat en transport públic, com Ciutat Vella o l'Eixample, s'observa un elevat nombre de parades de metro i d'autobús per hectàrea de superfície. Per acabar, els districtes on s'observa una elevada mobilitat en transport privat, com Sarrià-Sant Gervasi o Les Corts, són també on s'hi troba una baixa densitat poblacional i un nombre més elevat de turismes per habitant.

Quadre 4. Variables d'entorn relacionades amb la mobilitat segons districte. Barcelona, 2009.

	Densitat poblacional	Zones per a vianants	Nombre carrers	Zones verdes	Nombre turismes	Nombre parades metro	Nombre parades autobus
Ciutat Vella	252,0	5,34	1,30	14,49	0,24	0,03	0,28
Eixample	360,0	0,84	0,16	6,62	0,38	0,04	0,34
Sants-Montjuïc	80,0	0,17	0,21	13,09	0,34	0,01	0,13
Les Corts	138,0	0,36	0,37	12,16	0,46	0,01	0,24
Sarrià-Sant Gervasi	72,0	0,19	0,29	4,73	0,50	0,00	0,17
Gràcia	296,0	1,26	0,80	9,29	0,35	0,01	0,37
Horta	144,0	0,27	0,39	10,24	0,37	0,01	0,24
Nou Barris	212,0	0,81	0,44	14,09	0,34	0,02	0,26
Sant Andreu	225,0	1,23	0,53	8,42	0,35	0,02	0,25
Sant Martí	220,0	1,01	0,38	15,88	0,35	0,02	0,23
Total	160,0	0,71	0,38	10,54	0,36	0,01	0,21

Font: Departament d'estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

Densitat poblacional: nombre d'habitants per cada hectàrea de superfície.

Zones per a vianants i zones verdes: nombre d'hectàries de zones per a vianants/ verdes per cada hectàrea de superfície.

Nombre de carrers/ parades metro/ parades autobus: nombre de carrers/parades per cada hectàrea de superfície.

Nombre de turismes: nombre de turismes per cada habitant.



Com vivim

27

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Qui som

La situació demogràfica

La situació socioeconòmica

Les condicions de vida

La mobilitat en dia feiner

Com vivim

El medi ambient

L'aire

L'aigua

La seguretat i la higiene dels aliments

La vigilància i el control de plagues urbanes

Els comportaments

El consum de drogues

Els serveis sanitaris

L'atenció primària de salut

L'atenció a les urgències

L'atenció especialitzada hospitalària

L'atenció sociosanitària

L'atenció a la salut mental

L'atenció a les drogodependències

La prestació farmacèutica

Les accions en salut pública

La vigilància dels objectius del Pla de Salut

La nostra salut

La salut sexual i reproductiva

La tuberculosi

La infecció per VIH-sida

Les infeccions de transmissió sexual

Les lesions per col·lisions de trànsit

La salut laboral

La mortalitat

Monogràfics

L'ús de tecnologies entre els joves escolaritzats de Barcelona

Brot de xarampió i cobertura vacunal

Immigració i serveis sanitaris: la perspectiva dels usuaris i l'òptica dels professionals a la ciutat de Barcelona

La salut a Barcelona 2010 en xifres

L'aire

28

De l'avaluació de la qualitat de l'aire per a l'any 2010 es pot destacar que, per primera vegada, es compleix el valor límit anual ($40 \mu\text{g}/\text{m}^3$) per a les partícules PM_{10} a totes les estacions de mesurament de la ciutat i detectant-se un descens general dels nivells respecte de l'any anterior, que se situen en un rang entre els $25,2 \mu\text{g}/\text{m}^3$ a l'estació de fons urbà de la Vall d'Hebron i els $34,0 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de l'estació de trànsit moderat de Sants (vegeu la figura 1). D'altra banda, tampoc no se sobrepassen els 35 dies permesos de valor límit diari ($50 \mu\text{g}/\text{m}^3$) a cap de les estacions. Tanmateix, a l'estació de mesurament de Sants, se superen lleugerament ($51,3 \mu\text{g}/\text{m}^3$) els $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ del percentil 90,4, considerat com el valor límit diari.

Respecte del diòxid de nitrogen (NO_2), els nivells segueixen superant el valor límit anual ($40 \mu\text{g}/\text{m}^3$) a totes les estacions de trànsit de la ciutat (Gràcia-Sant Gervasi: $64 \mu\text{g}/\text{m}^3$, Poblenou: $45 \mu\text{g}/\text{m}^3$, Sants: $41 \mu\text{g}/\text{m}^3$) i, fins i tot, a l'estació de fons urbà de Ciutadella ($46 \mu\text{g}/\text{m}^3$). Tot i això, no s'ha produït cap superació del valor límit horari ($200 \mu\text{g}/\text{m}^3$). Els darrers anys s'observa un

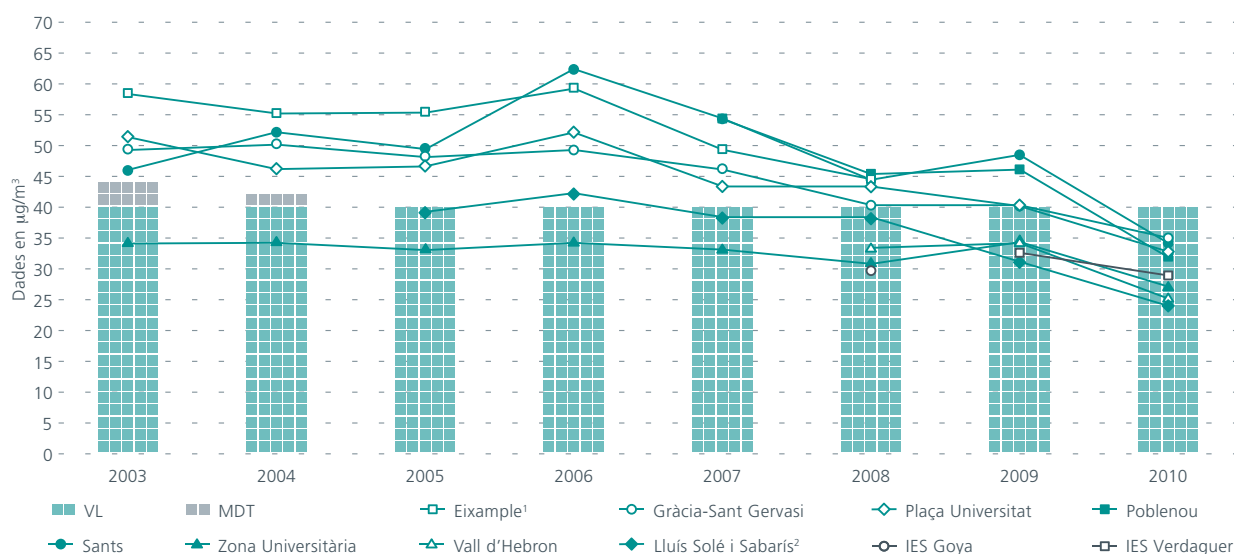
estancament dels nivells d'aquest contaminant, especialment clar a les estacions de trànsit intens (vegeu la figura 2, pàgina 29) i un canvi en la relació de concentració de NO_2/NO_x , coherent amb les variacions de la composició del trànsit i l'increment dels vehicles de major emissió de NO_2 .

Cal recordar que els nivells de les partícules PM_{10} i del NO_2 van comportar que la Generalitat de Catalunya declarés diversos municipis com a zones de protecció especial de l'ambient atmosfèric, entre els quals hi ha la ciutat de Barcelona, i aprovés l'any 2007 el Pla d'actuació per a la millora de la qualitat de l'aire.

En relació amb la resta de contaminants, segueix la tendència dels darrers anys i es compleixen els corresponents valors límit o valors objectiu establerts per la Directiva 50/2008/CE i el nou Reial decret 102/2011 per als gasos (CO , SO_2 i O_3), els metalls (Cd , Ni , As i Pb), els hidrocarburs aromàtics policíclics (benzo[a]pirè) i les partícules fines ($\text{PM}_{2,5}$).

Finalment, cal remarcar que durant l'any 2010 s'ha completat la xarxa d'estacions de mesurament de $\text{PM}_{2,5}$ a la ciutat amb la incorporació de dos nous punts de trànsit molt intens (plaça Universitat i Gràcia-Sant Gervasi) i un de moderat (Poblenou). Els nivells anuals d'aquest contaminant fan palesa la influència que té el trànsit en els nivells de partícules més fines, que són un 30% superiors a les estacions de trànsit molt intens respecte a les estacions de fons urbà.

Figura 1. Evolució de la mitjana anual en $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de partícules PM_{10} per estació de mesurament. Barcelona, 2003-2010.

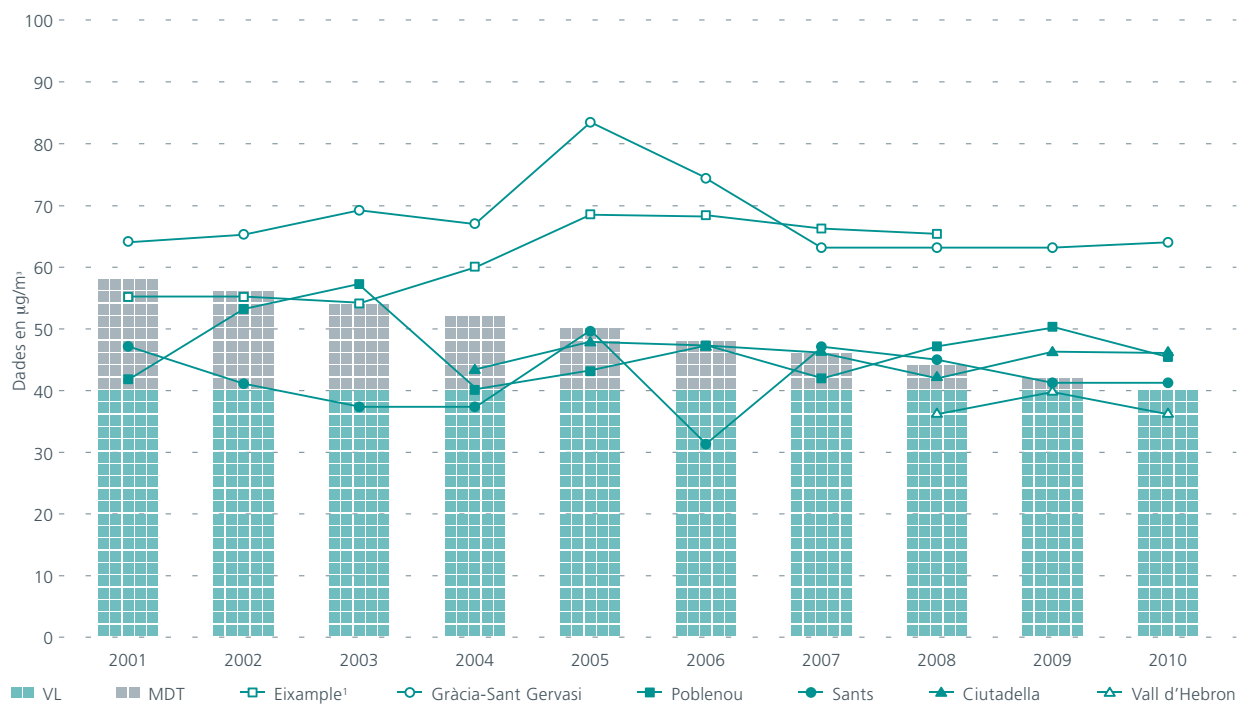


Font: Direcció de Serveis de Vigilància Ambiental.

Notes: valor límit (VL) = $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$. MDT (marge de tolerància). ¹L'estació de l'Eixample ha estat temporalment fora d'ús durant l'any 2009 i 2010 per motiu d'obres.

²L'estació Lluís Solé i Sabarís va canviar l'any 2009 el mètode d'anàlisi i la seva ubicació.

Figura 2. Evolució de la mitjana anual en $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de diòxid de nitrogen (NO_2) per estació de mesurament. Barcelona, 2001-2010.



Font: Direcció de Serveis de Vigilància Ambiental.

Notes: valor límit (VL) = $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$. MDT (marge de tolerància). L'estació de l'Eixample ha estat temporalment fora d'ús durant l'any 2009 i 2010 per motiu d'obres.

L'aigua

30

L'aigua de consum de proveïment públic

L'ASPB, en qualitat d'autoritat sanitària a Barcelona, té encomanades dues funcions principals: supervisar el desplegament del programa d'autocontrol i els controls analítics que realitza l'entitat gestora, així com vigilar la qualitat de l'aigua subministrada mitjançant la realització d'anàlisis periòdiques addicionals. Per complir amb això, l'any 2010 s'han realitzat més de 550 controls analítics, dels quals 63 corresponen a anàlisis completes en què es mesuren els 46 paràmetres legislat¹, amb l'objectiu de comprovar que no es produeix cap incompliment de la qualitat de l'aigua distribuïda a la ciutat.

Els trihalometans a l'aigua de consum

La distribució d'aigua de consum a Barcelona es divideix geogràficament en tres zones: la zona B, amb aigua d'origen Llobregat que abasta una part dels districtes de Sants-Montjuïc i Ciutat Vella (~20% del consum total); la zona E, amb

aigua d'origen Ter, que abasta una part de Nou Barris i Sant Andreu (~10%), i la resta de la ciutat on es distribueix aigua amb una barreja variable d'ambdós orígens (zona D, ~70%).

La posada en marxa l'any 2009 de noves tecnologies a les plantes de potabilització que tracten l'aigua d'origen Llobregat ha produït una reducció molt considerable de les concentracions totals de trihalometans (THM, suma de bromoform, dibromoclorometà, bromodiclorometà i cloroform) a les zones que històricament han mostrat concentracions més altes (zones B i D). Així, les concentracions de THM determinades durant el 2010 a diferents fonts públiques i dipòsits de les zones B i D són molt més baixes que les observades en anys precedents, s'igualen a les existents a la zona E i se situen clarament per sota del límit paramètric legislat (100 µg/l a partir de l'any 2009), (vegeu la figura 3).

D'altra banda, l'ASPB durant el 2010 ha endegat un estudi per determinar els nivells de THM a les aixetes dels ciutadans. S'han agafat 110 mostres en aixetes d'edificis públics, comerços i habitatges. La concentració mitjana obtinguda es mostra també en la figura 3, en què s'observa com també es troba per sota del límit legal de 100 µg/l.

¹ Reial decret 104/2003, de 7 de febrer, pel qual s'estableixen els criteris sanitaris de l'aigua de consum humà (BOE 45, de 21/02/2003).

Figura 3. Concentració mitjana del total de trihalometans determinat per Aigües de Barcelona (AGBAR) i per l'ASPB. Barcelona, 2007-2010.

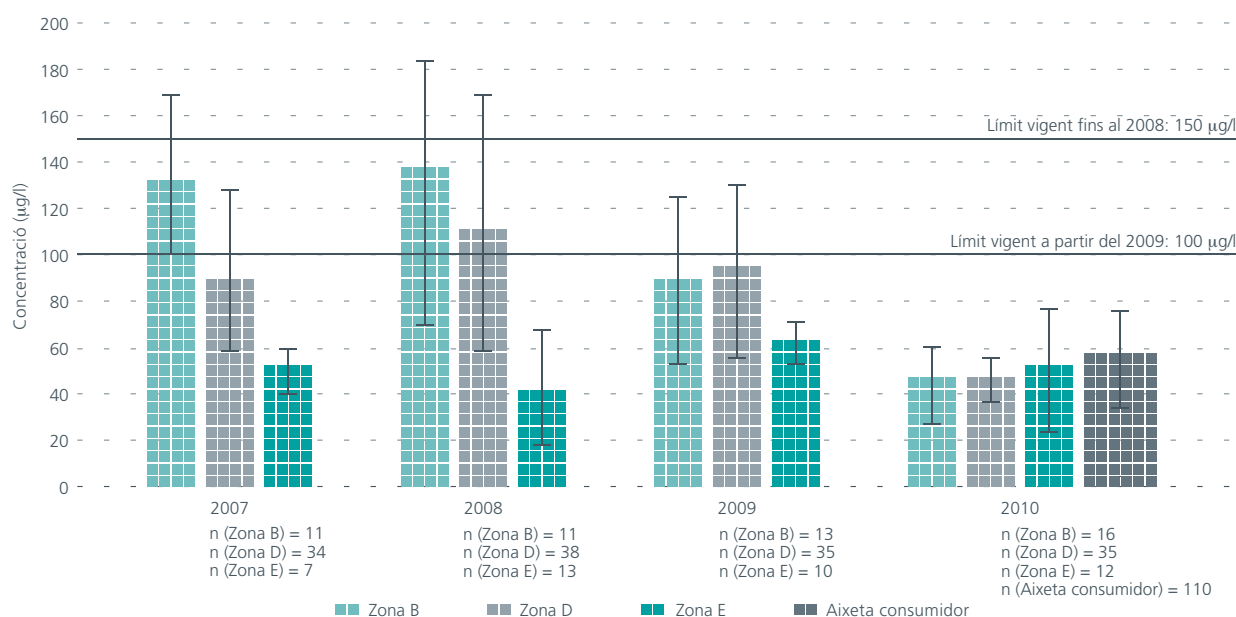


Figura 4. Targetó informatiu sobre el servei de control de la qualitat de l'aigua de consum a l'aixeta del consumidor.



La qualitat de l'aigua a les aixetes de la ciutadania

L'ASPB va endegar l'any 2004 un programa anual de control a l'aixeta dels habitatges per verificar que la qualitat de l'aigua de consum, garantida per l'entitat gestora en el punt d'entrada als edificis, no empitjorés en passar per la xarxa interna (article 20 del Reial decret 140/2003). Durant el període 2004-2010 s'han recollit un total de 2.188 mostres d'aigua en edificis públics, comerços i habitatges de la ciutat. El 6,8% del total de les mostres presentava algun resultat que no s'ajustava als valors legistats (vegeu el quadre 1). Gran part de les incidències són ocasionades per l'existència de xarxes internes antigues o amb dipòsits interns en què la manca de manteniment i d'higiene pot provocar el consum del clor de l'aigua i les proliferacions microbiològiques. L'existència de canonades internes de plom o ferro, sobretot en edificis anteriors al 1980, pot provocar l'alliberament d'aquest metall a l'aigua i l'assoliment de concentracions superiors al límit legistat.

L'ASPB ha elaborat un targetó informatiu sobre aquest servei que ofereix a la ciutadania (vegeu la figura 4). Qualsevol persona que estigui interessada a dur a terme aquesta anàlisi, pot sol·licitar-ho a l'adreça d'Internet www.aspb.cat o presencialment al registre de l'ASPB (pl. Lesseps, 1).

Quadre 1. Resultats dels paràmetres determinats a l'aixeta dels consumidors i percentatge de mostres que han presentat anomalies o incompliments. Barcelona, 2004-2010.

Paràmetre	Nombre mostres	Concentracions (mín.-màx.)	Límit paramètric ¹	% mostres amb anomalies o incompliments
Amoni (mg/l)	2.186	(< 0,1-0,4)	> 0,5	0,0%
Bacteris coliformes (ufc/100 ml)	2.183	(< 1-4.200)	> 0	2,2%
Clor lliure residual (mg/l)	1.795	(0,0-2,0)	< 0,2 ² > 1	1,6% 0,2%
Color (mg/l Pt/Co)	2.187	< 5	> 15	0,0%
Conductivitat (µS/cm)	2.188	(70-2.250)	> 2.500	0,0%
Courea (µg/l)	2.188	(< 0,04-1,9)	> 2	0,0%
Crom (mg/l)	2.188	(< 5-13)	> 50	0,0%
<i>Escherichia coli</i> (ufc/100 ml)	2.183	(< 1-120)	> 0	0,4%
Ferro (µg/l)	2.188	(< 40-959)	> 200	0,9%
Níquel (µg/l)	2.188	(< 5-64)	> 20	0,1%
Olor (índex de dilució a 25 °C)	1.396	(0-3)	> 3	0,0%
pH	2.188	(6,6-8,4)	< 6,5/ > 9,5	0,0%
Plom (µg/l)	2.188	(< 5-139)	> 25	2,7%
Sabor (índex de dilució a 25 °C)	1.396	(0-3)	> 3	0,0%
Terbolesa (UNF)	2.180	(< 0,2-8,3)	> 5	0,3%

Font: Direcció de Serveis de Vigilància Ambiental de l'ASPB.

Notes: ¹Annex I del Reial decret 140/2003, de 7 de febrer, pel qual s'estableixen els criteris sanitaris de la qualitat de l'aigua de consum humà. ²Programa de vigilància i control sanitari de les aigües de consum humà de Catalunya (PVISACH).

La seguretat i la higiene dels aliments

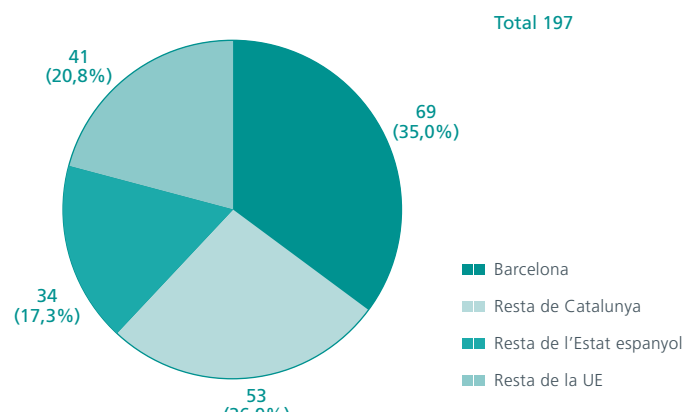
32

La missió de l'Institut de Seguretat Alimentària (ISAL) és la vigilància i el control a Barcelona dels aliments i dels establiments alimentaris (les indústries, el comerç majorista i minorista, i la restauració comercial i social). Aquesta missió es materialitza en diverses actuacions: inspeccions sanitàries, auditories dels sistemes d'autocontrol basats en l'anàlisi de perills i punts de control crític (APPCC) de les empreses, presa de mostres, tramitacions del registre sanitari i d'autoritzacions sanitàries, emissió de certificats, realització d'informes diversos, intervencions en brots de toxiinfeccions alimentàries i gestió de denúncies, irregularitats i alertes sanitàries. Entre altres actuacions, durant el 2010 s'han fet 8.602 inspeccions, 61 auditories APPCC, s'han pres 426 mostres prospectives d'aliments dins el Programa d'investigació de la qualitat sanitària dels aliments (IQSA) i 498 mostres oficials. A més, s'han fet inspeccions permanents als mercats centrals i a l'escorxador de Mercabarna.

Una de les activitats vinculades és la gestió de les irregularitats detectades en els aliments. Es considera irregularitat qualsevol no-conformitat en un producte alimentari que fa que no

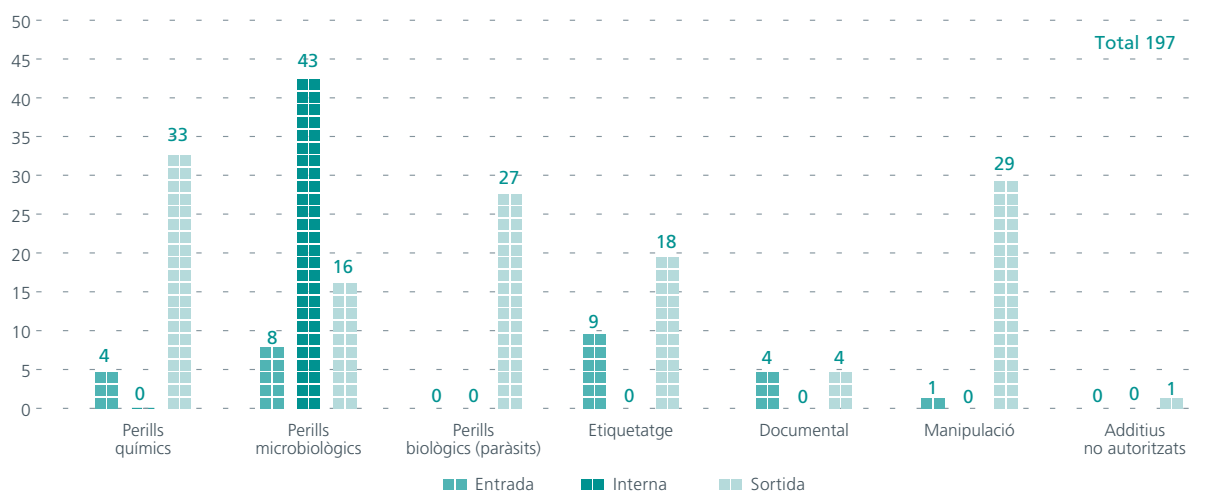
sigui segur per al consumidor, per exemple: la presència de perills biològics, físics o químics, els defectes en les dates de caducitat o de consum preferent, els defectes en la marca sanitària o d'identificació, la presència d'ingredients al·lèrgens no declarats o d'additius no permesos o en nivells superiors als autoritzats, etc. També es

Figura 5. Nombre d'intervencions de l'ASPB segons l'origen territorial de la irregularitat. Barcelona, 2010.



Font: Registres de vigilància i control de l'ISAL. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 6. Nombre d'intervencions en irregularitats alimentàries segons el tipus i l'àmbit territorial de detecció i origen. Barcelona, 2010.



Font: Registres de vigilància i control de l'ISAL. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: Entrada: detectades fora de BCN, però originades a BCN; interna: detectades a BCN i originades a BCN; sortida: detectades a BCN, però originades fora de BCN

consideren irregularitats les no-conformitats que suposen un incompliment normatiu sense risc per a la salut com, per exemple, alguns defectes d'etiquetatge.

Durant l'any 2010 s'ha gestionat o intervingut en un total de 197 irregularitats alimentàries (vegeu la figura 6, pàgina 32). D'aquestes irregularitats, 26 corresponen a notificacions de l'Agència de Protecció de la Salut de la Generalitat de Catalunya (APS) sobre irregularitats detectades fora de l'àmbit territorial de Barcelona, però originades a Barcelona, i que han requerit l'actuació inspectora a la nostra ciutat (irregularitats definides com d'entrada): 4 feien referència a perills químics, 8 a perills microbiològics, 9 a

problemes d'etiquetatge, 1 a la manipulació incorrecta dels aliments i 4 a irregularitats documentals. D'altra banda, l'ISAL ha detectat 43 irregularitats, totes elles relatives a perills microbiològics i evidenciades arran del programa IQSA, que han requerit actuacions dels mateixos inspectors a Barcelona (irregularitats de tràmit intern).

Finalment, les 128 irregularitats restants detectades per l'ISAL i notificades a l'APS corresponien a productes procedents d'establiments alimentaris radicats fora de Barcelona (irregularitats definides com de sortida), de les quals 53 afectaven l'àmbit de Catalunya, 34 la resta de l'Estat i 41 la resta de la Unió Europea (vegeu la figura 5, pàgina 32). Pel que fa a la seva naturalesa, 18 feien referència a problemes d'etiquetatge, 4 a documentació deficient o incorrecta, 29 a una manipulació incorrecta dels aliments, 1 a l'ús no-autoritzat d'additius alimentaris, 33 a perills químics, 16 a perills microbiològics i 27 a perills biològics, fonamentalment per paràsits.

La vigilància i el control de plagues urbanes

El medi urbà és un ecosistema relativament recent on diverses espècies d'animals s'hi han adaptat perfectament. Tanmateix, aquest ecosistema està poc estructurat i no presenta l'estabilitat biològica necessària per a la seva autoregulació. Aquest fet provoca que algunes espècies proliferin en excés sense cap tipus de control biològic i que prenguin, a vegades, la consideració de plagues pel fet que interfereixen negativament en les activitats humanes, ocasionen danys estructurals i generen riscos per a la salut de les persones.

El procés de vigilància i control de plagues urbanes a la ciutat de Barcelona es porta a terme, en primer lloc, amb l'anàlisi de la situació a partir del desplaçament d'equips tècnics pel

territori i d'estudis *ad hoc*. Seguidament, s'integra aquesta anàlisi a la planificació de les estratègies d'intervenció i a l'execució de plans d'actuació, amb la coparticipació dels gestors del territori. Finalment, es retroalimenta el procés mitjançant la implementació de les àrees de millora detectades durant el seu desenvolupament. Les àrees de millora s'utilitzen com les unitats de gestió per a la consecució dels objectius del programa de vigilància i control de plagues ambientals i del programa de vigilància i control d'aus salvatges urbanes.

Durant el 2010 s'han gestionat un total de 1.561 incidències per plagues a la via pública. El 33% de les incidències han estat per múrids, el 16% per paneroles, el 14% per mosquits, el 19% per coloms, el 8% per gavines i el 10% restant s'ha distribuït entre altres espècies.

El nombre total d'incidències registrades han representat una disminució d'un 1,8% respecte a les incidències gestionades l'any anterior. Les plagues responsables d'aquest descens han estat els coloms (-2%) i

La vigilància i el control de plagues

34

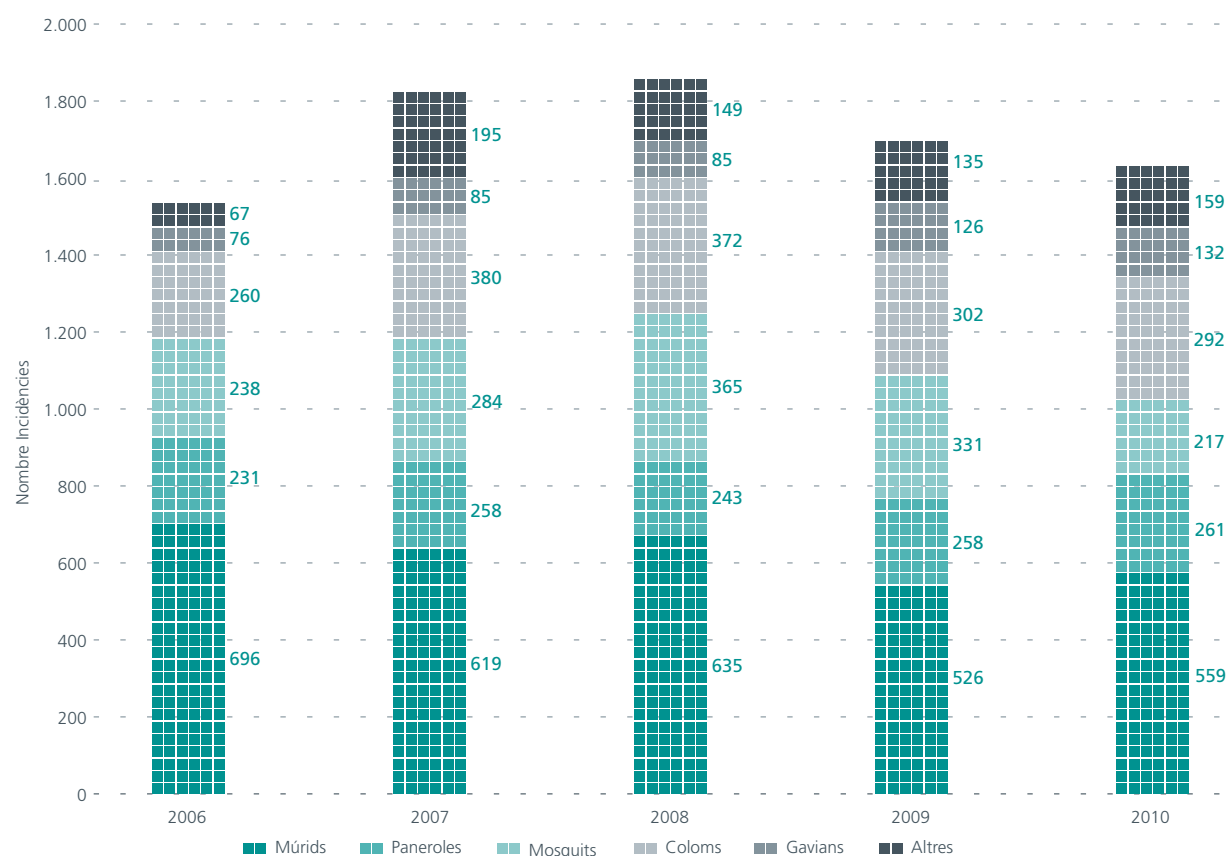
mosquits (-34%), mentre que la resta de registres han experimentat un increment com ara els múrids (11%), les paneroles (4%), les gavines (5%), les cotorres (160%) i altres plagues (16%) (vegeu la figura 7).

L'anàlisi de les dades ha posat de manifest el descens en el nombre d'incidències per coloms, que ha confirmat la tendència detectada en els darrers anys gràcies al replantejament del programa de vigilància i control. El fort descens del nombre d'incidències per mosquit s'ha correlacionat, d'una banda, amb la meteorologia, factor que incideix sobre les

condicions d'establiment i reproducció de l'espècie i, de l'altra, amb un millor coneixement de la ciutadania sobre la seva ecologia.

El nombre d'incidències per múrids i paneroles, tot i el seu increment, es considera acceptable en comparació de l'evolució d'aquests registres en els darrers cinc anys. Pel que fa a l'apartat d'altres plagues, la diversitat en el tipus d'espècie, així com la susceptibilitat als factors externs, ha confirmat la tendència oscil·lant d'aquest registre durant els darrers anys. En el cas dels gavians es confirma la tendència dels darrers anys, fruit de l'establiment i la dispersió de l'espècie durant el període de reproducció. Quant a les incidències relacionades amb les cotorres, l'augment percentual registrat no és representatiu, atès que del total d'incidències registrades només 13 corresponen a aquesta espècie.

Figura 7. Evolució del nombre d'incidències per múrids i altres plagues, i de l'activitat en visites preventives dels programes de control integrat. Barcelona, 2006-2010.



Font: Servei de Vigilància i Control de Plagues Urbanes, Agència de Salut Pública de Barcelona.

El consum de drogues

El Servei d'Orientació de Drogues (SOD), un recurs per als adolescents i joves a la ciutat

L'Enquesta ESTUDES (d'àmbit estatal¹ o autonòmic²) i l'Enquesta FRESC³ (d'àmbit local) donen a conèixer periòdicament les tendències de consum de drogues en la població escolaritzada de 14 a 18 anys. Les substàncies més consumides pels adolescents són l'alcohol, el tabac i el cànnabis, seguit de més lluny pels hipnosedants sense prescripció mèdica i la cocaïna. Les prevalències de consum dels darrers 30 dies d'aquestes substàncies són de 55,1%, 37,3%, 23,1%², 3,1% i 1,5%, respectivament².

Per abordar les diferents situacions que el consum d'alcohol i altres drogues provoquen en els adolescents, l'any 2000 es va crear el Servei d'Orientació sobre Drogues (SOD). El seu objectiu era respondre a les demandes d'informació i orientació dels menors de 21 anys i de les seves famílies, habitualment centrades en problemes de consum de cànnabis sense una dependència establerta. A la pràctica, les competències d'aquest servei se situaven a cavall entre la prevenció selectiva (prevenció dirigida a subgrups poblacionals que es consideren exposats a certs

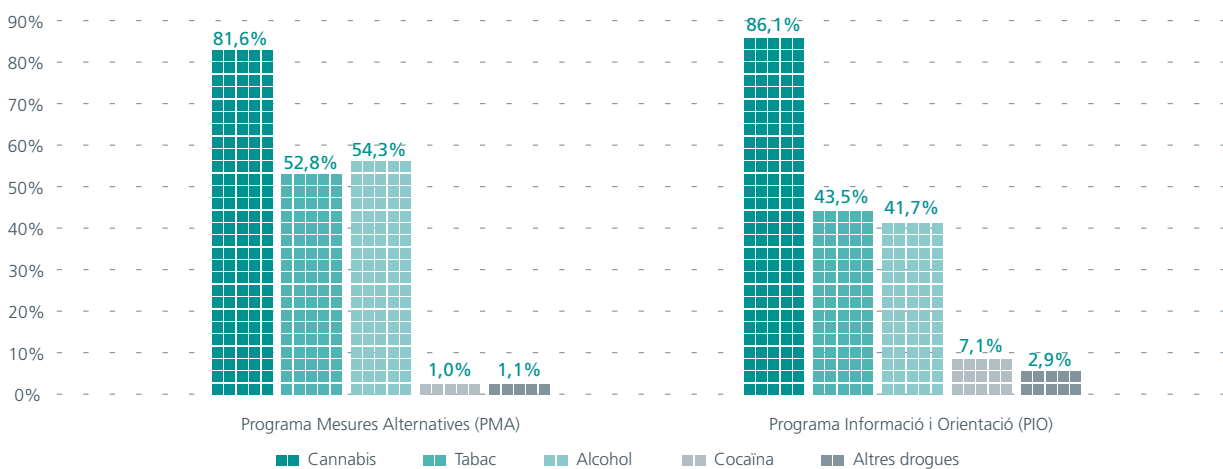
factors de risc associats al consum de drogues) i la indicada (tipus de prevenció orientada a individus que presenten signes inicials de problemes associats al consum de substàncies)⁴, i el tractament precoç de joves, amb un cert solapament amb altres programes. Per aquest motiu, el 2008 es va reformular amb l'objectiu de buscar un millor encaix amb altres serveis existents a la ciutat. Des d'aleshores es treballa amb un model d'intervenció breu orientat a prevenir el consum problemàtic de substàncies addictives en adolescents amb experiència de consum.

El mateix any 2008, es va iniciar el Programa de mesures alternatives (PMA). Aquest programa és el resultat de combinar una intervenció de prevenció universal centrada en el control de l'oferta de drogues (normativa legal i treball amb els cossos de seguretat per fer-la complir), amb una intervenció de la prevenció indicada centrada en el control de la demanda (intervenció breu als menors denunciats).

Així doncs, actualment, coexisteixen dins del SOD dos subprogrames: el PMA, que ofereix als menors denunciats per consum i/o tinença de drogues il·legals als espais públics la possibilitat de substituir la sanció administrativa per un programa psicoeducatiu, i el Programa d'Informació i Orientació (PIO) per a adolescents, joves i les seves famílies.

Per poder valorar si hi ha algun tipus de consum de risc d'alcohol o cànnabis es fa un cribratge universal mitjançant el qüestionari *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT-C)⁵ i l'escala *Cànnabis Abuse*

Figura 8. Substàncies consumides en els 30 dies anteriors a la primera visita per les persones ateses al Servei d'Orientació sobre Drogues segons el subprograma d'atenció. Barcelona, del juliol de 2008 al desembre de 2010.



Font: Sistema d'Informació sobre Drogues. Servei de Prevenció i Atenció a les Drogodependències. Agència de Salut Pública de Barcelona.

El consum de drogues

36

Screening Test (CAST)⁶, respectivament. També es duu a terme un cribratge de trastorn mental associat mitjançant el qüestionari *Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers* (POSIT)⁷.

Des del juliol de 2008 fins al 30 de desembre de 2010 s'han atès 1.010 persones de 14 a 21 anys. Les característiques generals més freqüents correspondrien a ser home (81,8%), menor d'edat (79,4%), de nacionalitat espanyola (84,4%) i cursant estudis (78,9%). La substància que ha motivat un major nombre d'inicis ha estat el cànnabis, amb un 95,8%. Les drogues consumides en els 30 dies anteriors a l'inici del programa han estat el cànnabis, l'alcohol i el tabac (vegeu la figura 8, pàgina 35). Un 5,9% tenien un consum de risc d'alcohol i un 11,3% un consum d'alt risc en cànnabis. Un 9,2% s'han derivat a un centre especialitzat per a adolescents i joves de la xarxa de salut mental o d'addiccions.

La majoria dels adolescents (89,8%) atesos al SOD provenen del programa PMA. Aquest fet facilita la detecció precoç de consums problemàtics de substàncies o l'existència d'un trastorn mental, i la derivació a serveis especialitzats de salut mental i addiccions per a joves. La principal fortalesa del SOD és, doncs, aquesta capacitat de cribrar i derivar adolescents i joves, que d'altra manera difícilment haguessin arribat a aquests tipus de recursos. En un futur, caldrà avaluar l'eficàcia d'aquestes intervencions.

Referències bibliogràfiques

- 1 Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta estatal sobre el uso de drogas en estudiantes de secundaria (ESTUDES). Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales, 2009. Disponible en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008.pdf>.
- 2 Plan Nacional sobre Drogas. Resultats per a Catalunya de l'enquesta estatal sobre consum de drogues en estudiants d'educació secundària (ESTUDES), 2008. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2009. Disponible en <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2267/estudes2008.pdf>
- 3 Nebot M (coord). Factors de risc en estudiants de secundària de Barcelona. Resultats principals de l'informe FRESC, 2008. Barcelona: Agència de Salut Pública, 2010. Disponible a http://www.aspb.cat/quefem/documents_enquestes.htm.
- 4 Gordon RS. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep.* 1983; 98: 107-9.
- 5 Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol* 2002;37:591-6
- 6 Klempova D, Sánchez A, Vicente J, Barrio G, Domingo A, Suelves JM, Llorens N, Prieto L, Brime B, Ramírez V. Consumo problemático de cannabis en adolescentes españoles de 14-18 años. Validación de escalas. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2009. Disponible a http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ConsProblematico_cannabis.pdf
- 7 Knight JR, Goodman E, Pulerwitz T, DuRant RH. Reliability of the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) in adolescent medical practice. *J Adolesc Health.* 2001 Aug;29(2):125-30.

L'atenció primària de salut

L'atenció primària de salut és el primer nivell d'accés dels ciutadans i ciutadanes a l'assistència sanitària. Els serveis d'atenció primària de la ciutat de Barcelona es duen a terme als centres d'atenció primària (CAP) de les 68 Àrees Bàsiques de Salut (ABS), on treballen els equips de professionals que durant l'any 2010 han donat cobertura al 66,8% del total de la població assignada, amb una mitjana de 3,9 visites de metge de família per persona i any, 3,7 visites de pediatre i 1,5 visites de professionals d'infermeria.

En el quadre 2 s'observa el percentatge de població atesa per grups d'edat i sexe, i en el quadre 3 la població atesa a través del Programa d'atenció domiciliària (ATDOM) segons els districtes municipals.

Per tal d'analitzar els objectius de salut i de qualitat dels serveis d'atenció primària en el marc de diferents dimensions: accessibilitat, capacitat resolutiva, efectivitat i eficiència, es disposa de diferents metodologies d'avaluació, com ara, els objectius anuals de la part variable de compra de serveis del contracte, el *benchmarking* i les dades que aporta l'observatori BOTSS (Barcelona Observatori de Tendències de Serveis Sanitaris).

Dels resultats de l'avaluació del contracte es desprèn que del total dels pacients hipertensos

atesos (vegeu el quadre 4, pàgina 38), el 49,4% han estat amb un control òptim de la tensió arterial (valor superior al 35%, recomanat pel Pla de salut de Catalunya). Dels pacients diabètics atesos, el 64,1% han estat ben controlats, xifra que ha anat millorant i que està per sobre de l'estàndard establert (vegeu el quadre 5, pàgina 38). Pel que fa a la cobertura de la vacuna antigripal en la població major de 59 anys, els valors han disminuït respecte a l'any 2009 i estan per sota dels de Catalunya. Queda palès que cal fer un esforç de millora per assolir els estàndards establerts per a la regió (60%).

Quadre 3. Cobertura d'atenció domiciliària (ATDOM) en la població atesa de 75 anys o més. Barcelona, 2010.

Districtes	Dones	Homes	Total
Ciutat Vella	15,0%	9,5%	13,2%
Eixample	19,7%	12,7%	17,4%
Sants-Montjuïc	10,5%	6,6%	9,1%
Les Corts	10,3%	5,9%	8,6%
Sarrià-Sant Gervasi	14,7%	9,6%	12,9%
Gràcia	11,6%	8,4%	10,6%
Horta-Guinardó	9,1%	5,5%	7,7%
Nou Barris	10,3%	6,9%	8,9%
Sant Andreu	9,4%	5,3%	7,9%
Sant Martí	9,9%	6,0%	8,5%
Total Barcelona	12,7%	7,92%	10,9%

Font: Avaluació AP-integrap.

Quadre 2. Percentatge de població atesa per districtes, sexe i grup d'edat. Barcelona, 2010.

Districtes BCN	Població atesa de 0-14 anys		Població atesa de 15 anys o més	
	Dones	Homes	Dones	Homes
Ciutat Vella	72,2%	72,2%	69,4%	54,3%
Eixample	54,5%	55,8%	68,6%	57,7%
Sants-Montjuïc	70,9%	70,1%	71,5%	60,0%
Les Corts	54,0%	54,7%	63,5%	52,9%
Sarrià-Sant Gervasi	46,2%	46,8%	60,5%	49,9%
Gràcia	57,2%	61,2%	70,7%	59,9%
Horta-Guinardó	78,2%	77,7%	71,1%	61,1%
Nou Barris	77,3%	78,4%	74,2%	62,6%
Sant Andreu	86,2%	85,2%	72,6%	61,6%
Sant Martí	67,0%	67,1%	76,5%	64,9%
Total Barcelona	66,4%	66,8%	70,3%	59,1%

Font: Avaluació AP-integrap.

L'atenció primària de salut

38

Entre les activitats comunitàries dels professionals dels equips d'atenció primària (EAP) cal destacar les que fan referència al programa «Salut i escola», on els professionals d'infermeria es desplacen als centres docents de referència per atendre la consulta oberta adreçada als joves de 3r i 4t d'ESO. Participen en aquest programa professionals d'infermeria de 65 ABS, que donen cobertura al 71,6% dels centres d'ESO. Quant a la població immigrant, i a fi i efecte de facilitar l'accés i la relació amb els serveis sanitaris, l'activitat dels mediadors es duu a terme en un 65% en l'àmbit hospitalari i en un 35% en l'àmbit de l'atenció primària.

Amb referència als circuits contra la violència de gènere que es van començar a dissenyar ara fa deu anys, ja s'han consolidat en els 10 districtes de la ciutat. Les actuacions i estratègies de treball han estat la coordinació i el suport, la consolidació de la figura del referent territorial, el suport al funcionament de la comissió tècnica de coordinació, la gestió de la formació, la millora de la nova web 2.0 i la divulgació dels circuits.

Quadre 4. Persones hipertenses amb un control òptim de la tensió arterial (TA) per sexe. Barcelona, 2010.

Districtes	Dones	Homes	Total
Ciutat Vella	55,4%	50,8%	53,4%
Eixample	50,9%	48,3%	49,8%
Sants-Montjuïc	47,7%	47,4%	47,6%
Les Corts	50,3%	50,0%	50,2%
Sarrià-Sant Gervasi	51,5%	50,0%	50,9%
Gràcia	49,7%	47,9%	48,9%
Horta-Guinardó	49,2%	48,7%	49,0%
Nou Barris	48,1%	46,4%	47,3%
Sant Andreu	50,1%	47,3%	48,9%
Sant Martí	50,9%	49,0%	50,1%
Total Barcelona	50,1%	48,4%	49,4%

Font: Avaluació AP-integrap.

Nota: es considera control òptim de la tensió arterial (TA): una TA sistòlica de <140 mm Hg i una TA diastòlica de <90 mm Hg (la darrera determinació de TA és vàlida quan s'ha fet durant l'any avaluat); en pacients diabètics, es considera control òptim una TA sistòlica de <130 mm Hg i una TA diastòlica de <80 mm Hg.

Quadre 5. Persones diabètiques amb control acceptable de la diabetis mellitus tipus II (DM) per sexe. Barcelona, 2010.

Districtes	Dones	Homes	Total
Ciutat Vella	64,3%	59,1%	61,6%
Eixample	64,7%	65,4%	65,1%
Sants-Montjuïc	65,3%	62,9%	64,1%
Les Corts	64,7%	61,7%	63,0%
Sarrià-Sant Gervasi	61,8%	59,3%	60,4%
Gràcia	65,1%	63,8%	64,4%
Horta-Guinardó	65,6%	64,9%	65,3%
Nou Barris	65,7%	61,8%	63,7%
Sant Andreu	66,6%	65,9%	66,2%
Sant Martí	64,9%	62,9%	63,8%
Total Barcelona	65,1%	63,2%	64,1%

Font: Avaluació AP-integrap.

Nota: Referència Pla de salut de Catalunya 2002-2005: diabètics atesos (60%) (control de la diabetis segons els nivells d'hemoglobina glicada: HbA1c <8%).

L'atenció a les urgències

Al llarg del 2010 s'ha treballat en l'elaboració d'un model d'atenció a les urgències per donar respostes adequades a les demandes d'atenció immediata, el qual ha comptat amb la participació de la Societat de Medicina Familiar i Comunitària i la Societat Catalana d'Urgències. L'objectiu era reordenar els serveis en els dispositius en què es puguin optimitzar resultats en l'atenció i l'eficàcia en el lloc més adient. Per aconseguir-ho es disposa dels dispositius següents:

- + **Hospitals** (de referència i d'alta tecnologia): preparats per atendre situacions de risc vital potencial o molt urgents, urgències de risc vital immediat i situacions d'emergència.
- + **Punts d'atenció continuada (PAC) i centres d'urgències d'atenció primària (CUAP)**: preparats per atendre urgències de complexitat baixa i mitjana.
- + **Sistema d'emergències mèdiques (SEM)**: té funcions de triatge i transport sanitari urgent, i també presta atenció a les urgències i emergències mèdiques prehospitalàries *in situ*.

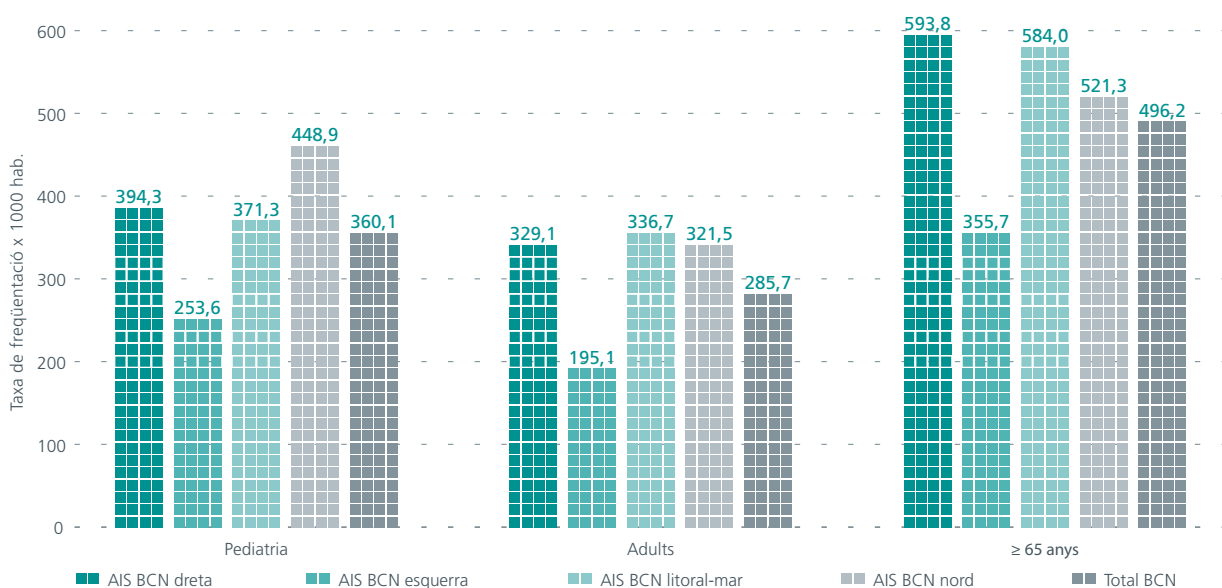
+ **Sanitat Respon**: ofereix, de manera complementària, orientació en l'ús dels recursos adequats per a cada situació.

L'any 2010 es van atendre 679.192 urgències als hospitals de Barcelona ciutat, un 2,8% menys que l'any 2009. Aquesta disminució s'ha repetit en els darrers anys, per la qual cosa podem parlar d'una tendència a la baixa en el nombre d'urgències hospitalàries, en la qual potser ha tingut un paper important l'ampliació d'oferta extrahospitalària, bàsicament, la creació de nous recursos com els CUAP.

Si considerem la ciutat dividida territorialment en quatre zones denominades àrees integrals de salut (AIS), s'observen diferències en la freqüentació d'urgències: la més elevada és la de l'AIS Barcelona Litoral-Mar i, la més baixa, la de l'AIS Barcelona Esquerra. Quan s'analitza el comportament per grups d'edat, la taxa més elevada s'observa en la gent major de 64 anys, seguida de la població pediàtrica i de la població adulta, tal com s'observa en la figura 9. Aquest comportament de freqüentació es repeteix també en els altres recursos d'urgències.

Prop d'un 10% de les urgències ateses a Barcelona ciutat ingressen a l'hospital, tot i que les xifres varien en funció de l'edat. En els infants, entre un 3-4% necessiten ingrés, mentre que en els adults i en els majors de 64 anys el percentatge d'ingrés està entre un 7% i un 18%, respectivament.

Figura 9. Activitat hospitalària urgent en les àrees integrals de salut (AIS) segons els grups d'edat. Barcelona, 2010.



Font: Facturació; Pla integral d'urgències de Catalunya (Consorci Sanitari de Barcelona, CatSalut).

L'atenció especialitzada hospitalària

40

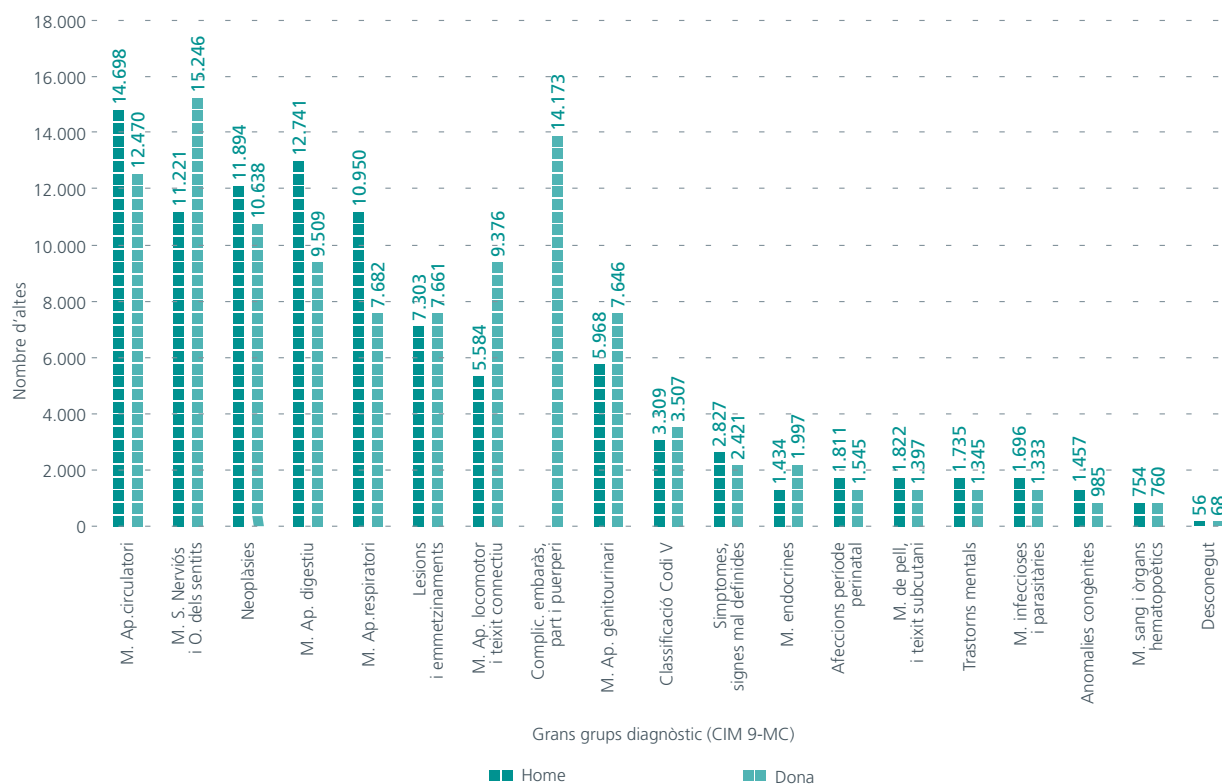
La xarxa hospitalària pública a Barcelona ciutat és molt àmplia. Una tercera part dels centres són d'alta tecnologia, fet que implica una prestació de serveis altament especialitzada i molt exclusiva en el conjunt de tota Catalunya. Això fa que un 29% de la població que s'atén sigui de fora de la ciutat, mentre que la població resident a Barcelona que va a hospitals de fora tan sols sigui del 8%, xifres que es van repetint al llarg del temps.

És ben conegut que la sanitat privada està molt arrelada a Catalunya i, especialment, a Barcelona, on l'oferta d'aquest tipus de recursos és especialment àmplia. Això es veu reflectit en les taxes d'hospitalització pública (89,4 x 1.000 h.), que presenten els valors més baixos de tot

Catalunya. Quan s'analitza per àrees integrals de salut (AIS), es posen de manifest les diferències, amb una taxa d'hospitalització de 79 a l'AIS Barcelona Esquerra i de 102 a l'AIS Barcelona Nord. L'AIS Barcelona Dreta i Barcelona Litoral-Mar presenten valors intermedis, amb unes taxes de 84 i 94, respectivament. Pel que fa al patró d'hospitalització per sexe també és força estable, amb una freqüentació elevada en els primers i els darrers anys de vida, i un predomini dels homes en tots els grups d'edat, excepte en l'etapa fèrtil de les dones en què s'incrementen els ingressos per causa obstètrica.

L'activitat global feta pels hospitals l'any 2010 ha estat de 207.019 contactes, similar a l'activitat observada en els darrers anys i que inclou l'hospitalització convencional més la cirurgia major ambulatoria (CMA). Els diagnòstics mèdics més freqüents són les malalties de l'aparell circulatori, les del sistema nerviós i els òrgans dels sentits, seguit de les neoplàsies i les malalties de l'aparell digestiu. Quan s'analitza per sexe, l'ordre es veu lleugerament modificat, segons mostra la figura 10.

Figura 10. Causes d'hospitalització per grans grups diagnòstics en als hospitals públics segons el sexe. Barcelona, 2010.



Font: Conjunt mínim bàsic de dades d'hospitalització d'aguts (CatSalut). Consorci Sanitari de Barcelona, 2010.
Nota: CIM 9-MC: 9a Classificació Internacional de Malalties; modificacions clíniques.

L'atenció sociosanitària

Els canvis en els patrons de mortalitat i morbiditat en les darreres dècades han donat lloc a un increment de l'esperança de vida. Cada cop més persones viuen més anys. Aquest increment de la població envellida fa que augmenti el nombre de persones que presenten malalties cròniques i incapacitants. Els joves afectats per patologies cròniques o discapacitats psíquiques, físiques o sensorials han allargat també notablement l'esperança de vida i, no obstant això, tots ells presenten una situació de fragilitat que incrementa les possibilitats de patir malalties afegides.

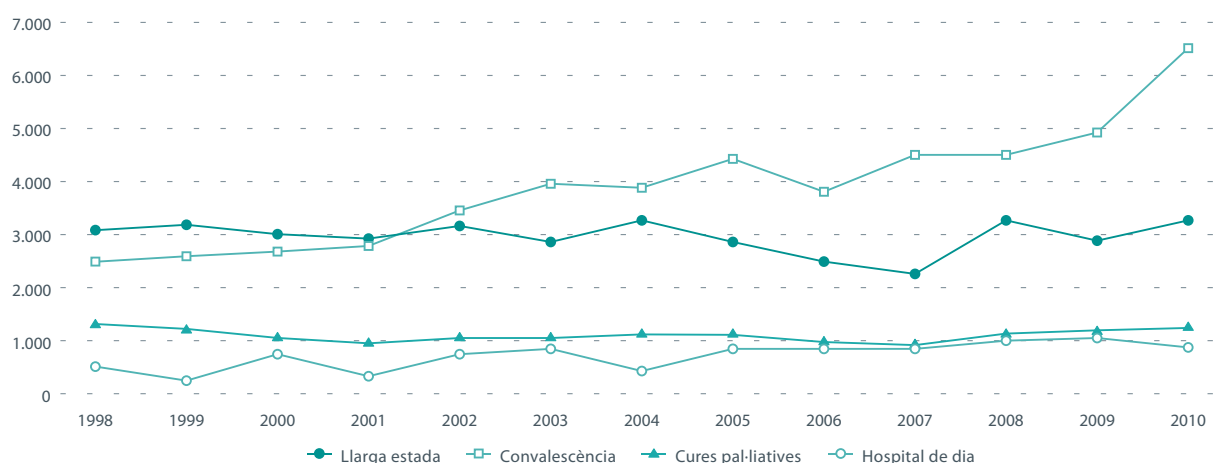
Proporcionar una atenció sanitària pública, eficient i de qualitat a aquest col·lectiu és el repte que afronten la major part de sistemes sanitaris. En un altre sentit, i en l'actual context econòmic, aquesta població consumeix la major part de la despesa sanitària, per la qual cosa millorar l'atenció a aquest col·lectiu pot incidir també en la racionalització de la utilització dels recursos.

El model actual d'atenció a aquestes persones presenta algunes deficiències, i d'això es desprèn la necessitat de reordenar els recursos, implicant i integrant a tots els àmbits assistencials establint prioritats en la seva implementació i avaluant els resultats obtinguts.

En resum, atesa l'evolució demogràfica i epidemiològica de la població de la ciutat s'ha posat l'accent a promoure polítiques d'intervenció específiques i centrades en els més necessitats, des del punt de vista de la salut, amb un sistema que integri tots els recursos que actuen en el territori i on, concretament, la xarxa sociosanitària hi té un paper molt important.

Durant l'any 2010 s'han atès 11.020 persones en els recursos sociosanitaris d'internament: 3.211 en llarga estada, 6.458 en convalsència i mitja estada polivalent i 1.351 en cures pal·liatives (vegeu la figura 11). S'han donat 1.953 altes en llarga estada, 5.559 en convalsència i mitja estada polivalent i 1.265 en cures pal·liatives. A l'hospital de dia s'han atès 977 persones i s'han donat 565 altes. Pel que fa als equips de suport especialitzat, els PADES (Programes d'atenció domiciliària; equips de suport) han atès 3.727 persones i han donat 2.924 altes, i pel que fa a les UFISS (Unitat Funcional Interdisciplinària Sociosanitària), 5.776 i 5.584, respectivament.

Figura 11. Evolució del nombre de persones ateses als centres sociosanitaris. Barcelona, 1998-2010.



Font: Conjunt mínim bàsic de dades de recursos sociosanitaris (CMBD-SS), CatSalut.

L'atenció a la salut mental

42

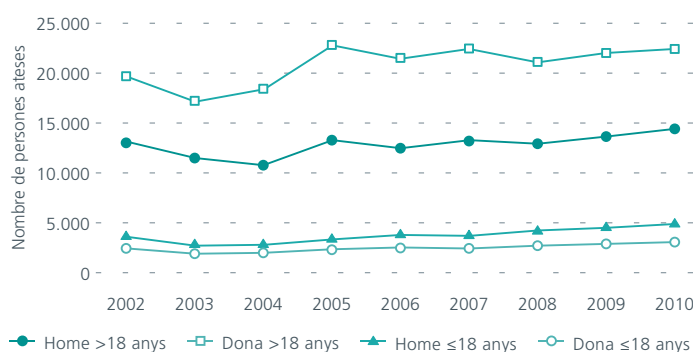
A Barcelona, l'any 2010, s'han atès 36.747 persones als centres de salut mental d'adults i 7.834 als centres de salut mental infantil i juvenil. L'increment progressiu del desplegament de la cartera de serveis de salut mental a l'atenció primària de salut, i la millora de la capacitat de l'atenció primària per donar resposta als problemes de salut mental no severs continua permetent augmentar l'abast d'atenció a la població atesa als centres de salut mental, amb un increment de l'atenció en la població adulta del 5,2%, respecte de l'any anterior, i del 8,2% en la població infantil i juvenil. Actualment, el programa del nou model de suport a l'atenció primària s'ha consolidat als centres de salut mental d'adults, Esquerra Eixample, Dreta Eixample, Poble Sec, Sants, Horta, Nou Barris Nord, Nou Barris Sud i Sant Andreu, i als centres de salut mental infantil i juvenil, Eixample, Sants-Montjuïc, Horta-Guinardó i Nou Barris.

En la figura 12 s'observa un increment progressiu de la població atesa en els centres de salut mental amb patologies severes i lleuger increment de les patologies mentals greus en el període 2006-2010, gràcies també al desplegament del Programa d'atenció a persones amb trastorns mentals severs i del Programa d'atenció a la

població infantil i juvenil amb trastorn mental greu (TMG). Del 22,2% de persones adultes amb trastorns severs atesos el 2005, s'ha arribat al 29,4% el 2010, i del 4,2% de pacients infantils i juvenils amb trastorns greus atesos el 2005, s'ha arribat al 8,2% el 2010. En la figura 13 es visualitza l'increment acumulat de la població atesa als centres de salut mental del període 2001 al 2010, amb un 43,9% de població infantil i juvenil, i un 30,9% de població adulta.

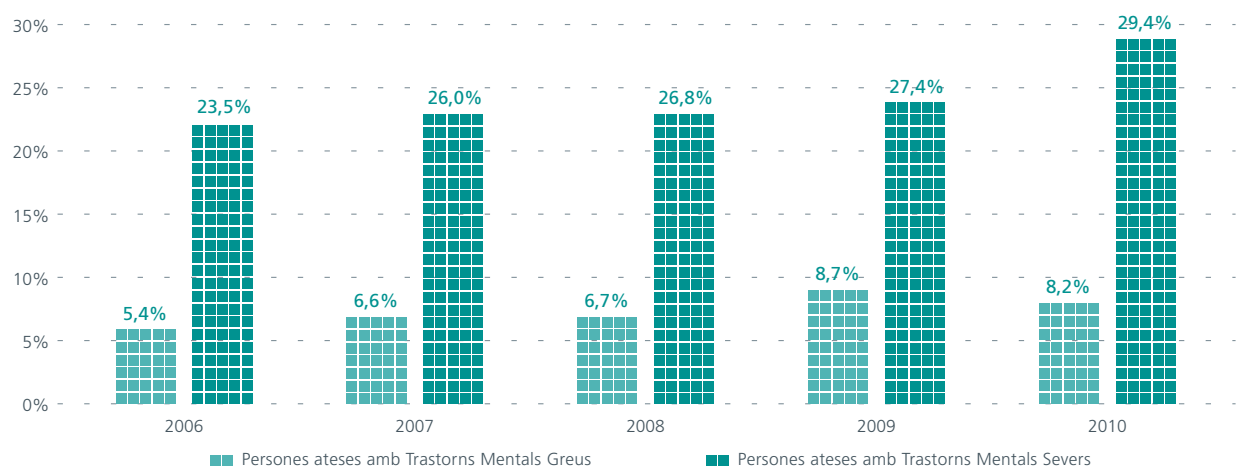
L'any 2010, de les persones ateses als centres de salut mental infantil i juvenil, el 62,5% han estat de sexe masculí i el 37,5% de sexe femení. D'altra banda, de les persones ateses als centres de salut mental

Figura 13. Població atesa als centres de salut mental per grups d'edat i sexe. Barcelona, 2002-2010.



Font: Conjunt mínim bàsic de dades de recursos de salut mental (CMBD-SM), CatSalut.

Figura 12. Persones ateses als centres de salut mental amb trastorn mental greu i trastorn mental sever. Barcelona, 2006-2010.



Font: Conjunt mínim bàsic de dades de recursos de salut mental (CMBD-SM), CatSalut.

d'adults, el 61,5% han estat dones i el 38,5%, homes. Els motius de consulta als centres per part de la població infantil i juvenil han estat majoritàriament problemes de trastorns d'ansietat, trastorns d'adaptació i trastorns per falta d'atenció. Així mateix, els motius de consulta de la població adulta als centres de salut mental han estat majoritàriament trastorns psicòtics, trastorns depressius majors i trastorns d'ansietat.

A Barcelona, l'any 2010, s'han generat 4.544 ingressos a les unitats d'aguts de salut mental i 793 ingressos a les unitats de subaguts, on les patologies més freqüents ateses han estat els trastorns esquizofrènics i els trastorns límits de la

personalitat. Durant el període 2007-2010 s'han consolidat els quatre comitès operatius de salut mental i addiccions (COSMIA): Barcelona Nord, Barcelona Dreta, Barcelona Esquerra i Barcelona Litoral-Mar. En destaquen les actuacions següents: en el de Barcelona Esquerra s'ha treballat l'avaluació del programa sobre el nou model de suport a l'atenció primària (AP), així com la consolidació del programa sobre la psicosis incipient; en el de Barcelona Dreta s'ha consolidat el programa de prevenció contra el suïcidi; en el de Barcelona Nord, el programa per a la millora en la coordinació del pacient amb problemes de salut mental i comorbiditat orgànica, i en el de Litoral-Mar, la millora de l'aliança entre els recursos de salut mental i els recursos d'addiccions, juntament amb els centres de dia i els hospitals de dia. En general, cal destacar els resultats que els COSMIA han obtingut en la millora de projectes i la coordinació de programes assistencials, tot garantint una major coordinació i aliança territorial per donar resposta als problemes de salut de més complexitat.

L'atenció a les drogodependències

Els tractaments per abús o dependència de substàncies psicoactives

L'activitat realitzada als centres d'atenció i seguiment de drogodependències de titularitat municipal gestionats per l'Agència de Salut Pública de Barcelona durant els darrers cinc anys es pot veure en la taula 2 (pàgina 83). La substància que genera un nombre més elevat de pacients en tractament és l'alcohol, que representa un 33,8% de les visites dels homes i un 36,6% de les visites de les dones, seguida de l'heroïna, amb un 30,1% d'homes i un 25,3% de dones. Tot i així, si ens fixem en la distribució del nombre de pacients en tractament segons la substància, l'heroïna és l'única substància que ha anat davallant progressivament en els darrers anys, passant del 38% d'homes i 33% de dones l'any 2006 al 30,1% i 25,3%, respectivament, l'any 2010. En la resta de substàncies s'observa una certa estabilitat. Pel que fa a l'activitat

realitzada, tot i una certa estabilitat de les visites inicials en els darrers anys, amb l'alcohol i la cocaïna com a principals substàncies, hi continua havent el major volum de visites successives en els pacients d'heroïna en tractament amb metadona, que generen el 33,8% d'homes i el 37,2% de dones del total de visites successives, seguit de molt a prop pels pacients d'alcohol, amb un 33,1% i 36,6%, respectivament.

La mortalitat per reacció aguda adversa a drogues il·legals

El nombre absolut de morts per reacció aguda adversa a drogues il·legals s'ha mantingut estable al llarg dels anys (uns 80 morts anuals), tret de la davallada que es va produir entre els anys 2007 i 2008. Al voltant del 80% de les morts per reacció aguda adversa a drogues il·legals són homes. Aquest percentatge s'ha mantingut estable al llarg dels anys (82,4% el 2006, 86,4% el 2007, 75% el 2008, 83,3% el 2009 i el 75,7% el 2010). La proporció de defuncions amb presència d'opiacis ha augmentat en els homes i ha passat a ser del 45,7% el 2006 a un 64,2% el 2010, mentre que en el cas de les dones aquest patró continua estable. Una altra dada remarcable és l'augment de les defuncions per reacció adversa al consum únicament de cocaïna. Es pot veure que en homes ha passat de ser del 12,9% el 2006 al

L'atenció a les drogodependències

44

18,9% el 2010, mentre que en dones ha passat del 13,3% el 2006 al 23,5% el 2010 (vegeu el quadre 6). Aquesta dada encara és més rellevant

si tenim en compte que l'any 2001 les defuncions per reacció aguda adversa a la cocaïna se situaven en el 2,3% del total de defuncions (vegeu l'informe *La salut a Barcelona 2009*, pàg. 49).

Quadre 6. Nombre de defuncions per reacció aguda adversa a drogues il·legals segons la substància. Barcelona, 2006-2010.

Nombre de defuncions	Homes					Dones				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
Opiacis	13	10	5	10	9	4	0	1	2	5
Opiacis i benzodiazepines	8	5	2	10	7	5	3	2	2	1
Opiacis i cocaïna	11	10	6	17	18	1	0	6	3	4
Opiacis, cocaïna i benzodiazepines	14	12	4	12	5	2	3	0	1	2
Cocaïna	9	8	7	9	10	2	2	1	2	4
Cocaïna i benzodiazepines	1	5	2	1	1	0	0	1	2	0
Benzodiazepines	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Altres ¹	10	7	9	11	3	1	1	1	2	1
Total	70	57	36	70	53	15	9	12	14	17

Font: Sistema d'informació sobre drogues. Servei de Prevenció i Atenció a les Drogodependències. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: ¹Altres: amfetamines, drogues de disseny, benzodiazepines i altres substàncies psicoactives.

La prestació farmacèutica

Dades generals sobre la prestació farmacèutica

El sistema d'informació farmacèutica indica un increment en la prescripció de receptes mèdiques del CatSalut respecte de l'any 2009, que ha estat d'un 2,5% en receptes, tot i que no s'ha traduït en un increment de la despesa.

Indicadors de consum per trams d'edat i sexe

En la taula 3 (pàgina 83) es poden veure per trams d'edat i sexe les diferències pel que fa al cost per usuari, el cost per recepta i la recepta per usuari entre les àrees integrals de salut (AIS).

La franja de dones majors de 65 anys és la que té un cost per usuari més elevat, excepte en l'AIS Esquerre, on els homes majors de 65 anys són els qui presenten un cost usuari més alt. Pel que fa al cost per recepta, els homes, en general, tenen un preu mitjà més elevat que les dones en totes les franges d'edat. En canvi, són les dones les qui utilitzen un nombre més elevat de receptes per usuari, excepte en la franja d'edat de 0 a 14 anys.

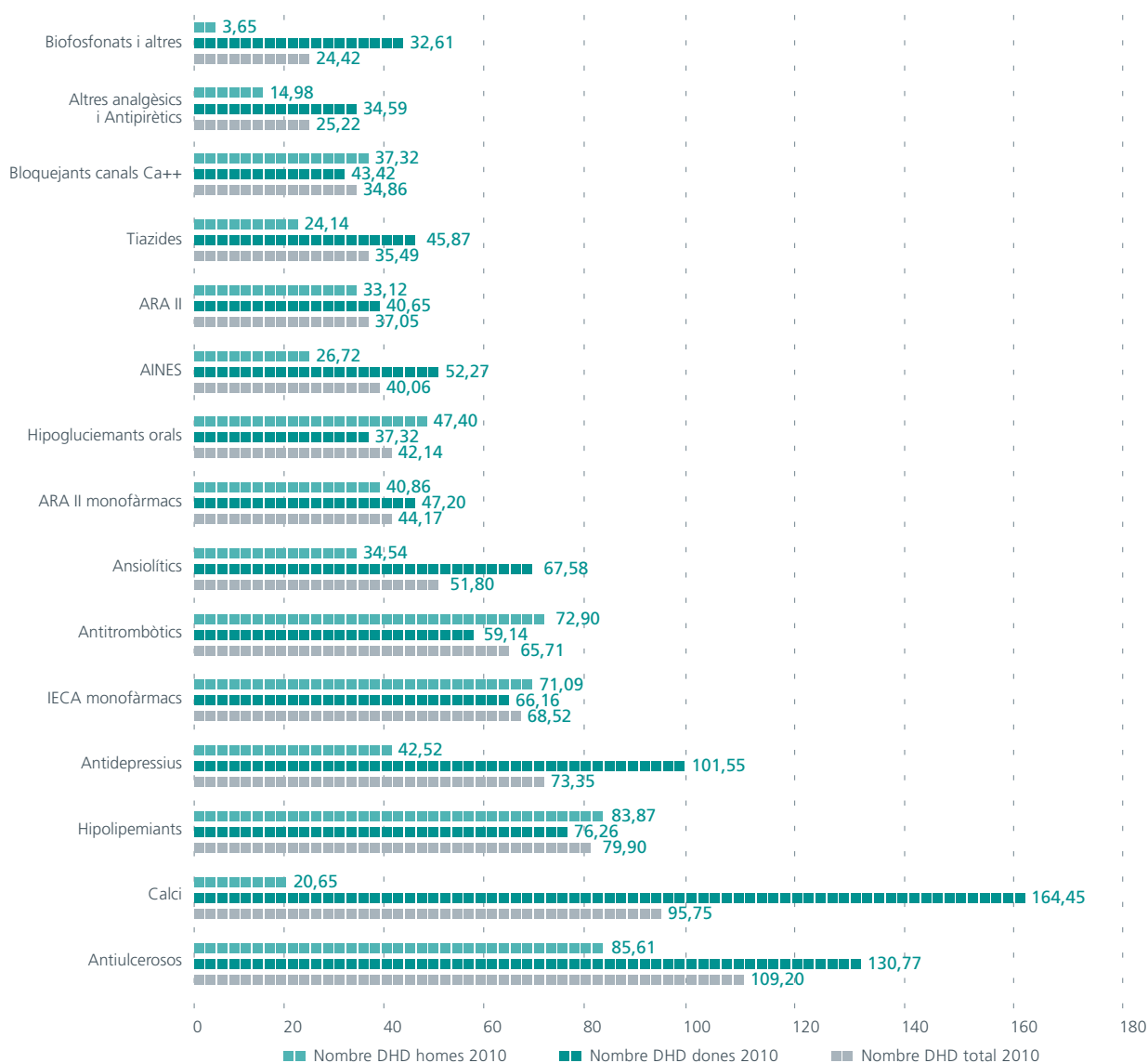
Utilització per subgrups terapèutics

En la figura 14 (pàgina 45) es presenten les dosis per 1.000 habitants i dia (DHD) dels 15 primers subgrups farmacològics amb un consum més elevat en envasos separat per sexe. Així, doncs, trobem els subgrups de més utilització, que són els antiulcerosos (109,2 DHD total), el calci (95,7 DHD), seguit dels hipolipemians (79,9 DHD) i els antidepressius

(73,3 DHD). Podem veure que, per sexe, les dones consumeixen més que els homes en alguns grups, i aquesta diferència en DHD és més gran en els grups del calci (143,8 DHD), els antidepressius (59,0 DHD), els antiulcerosos

(45,1 DHD) i els bifosfonats (39,7 DHD). En canvi, en els casos en què els homes presenten valors superiors, per exemple, els antitrombòtics (13,7 DHD), els hipoglucemiant orals (10,1 DHD) i els hipolipemiant (7,6 DHD), en tots ells, els valors de diferència són menors que els observats en el sexe femení.

Figura 14. Consum en dosi per mil habitants i dia (DHD) segons el sexe. Barcelona, 2010.



Font: Datamart de la prestació farmacèutica del CatSalut.

Les accions en salut pública

46

L'avaluació: clau per a la millora de les intervencions.

L'avaluació està adquirint cada cop més rellevància en la implantació d'intervencions, tot i que cal continuar avançant tant en el fet que sigui indispensable incorporar-la en la planificació i l'execució de les actuacions, com en la superació de les dificultats metodològiques que moltes vegades planteja. L'avaluació d'una intervenció preventiva pot ser molt àmplia i complexa, i ha de donar resposta a les necessitats dels diferents agents involucrats (finançadors, participants, tècnics, etc.). A l'ASPB tenim especial interès a conèixer el grau d'assoliment dels objectius previstos quant a la població diana –tant amb indicadors de participació com de cobertura–, si aconseguim arribar als col·lectius amb més necessitat amb l'objectiu de reduir les desigualtats en salut –segons indicadors de perfil social dels participants–, i si assolim globalment els resultats esperats.

En primera instància, el plantejament d'una intervenció suposa la recerca i tria de les experiències prèvies que s'han mostrat més efectives i s'acomoden a la problemàtica en qüestió. En cas de no disposar d'intervencions amb efectivitat provada, es planteja la possibilitat de fer un disseny avaluatiu previ a la intervenció que permeti l'avaluació i, finalment, la implementació d'un sistema d'indicadors poblacionals clau de la vigilància del problema de salut. Aquest procés sovint afronta diversos problemes metodològics, com la diferència temporal entre l'execució de la intervenció i el resultat esperat, i l'existència d'altres factors que poden influir en els resultats en salut però que són de difícil atribució quantitativa. Tot i així, és molt important conèixer l'avaluació de les accions que es porten a terme.

En aquest apartat sobre les actuacions en salut pública, s'ha volgut fer un resum de les avaluacions d'algunes intervencions que es duen a terme a l'ASPB, totes elles en col·laboració amb altres agents socials i institucionals. La taula es divideix en dos grans apartats: el primer, els programes d'abast poblacional i, el segon, alguns dels programes que estan dirigits a col·lectius d'especial vulnerabilitat (vegeu la taula 4, pàgines 84 a 86).

La vigilància dels objectius del Pla de Salut

El Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010 és l'agenda estratègica del Govern de Catalunya pel que fa a la salut. Té com a objectiu desenvolupar accions orientades a assolir resultats en salut, tot tenint en compte polítiques de serveis i la participació ciutadana. Pel que fa a la ciutat de Barcelona es pretén avaluar el grau d'assoliment dels indicadors dels objectius generals que pertanyen als eixos estratègics 1, 2 i 3 del Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010, així com descriure l'evolució i el grau d'assoliment al 2010 d'alguns dels indicadors més importants

d'aquests objectius generals. Així mateix es pretén calcular les tendències des de l'any 2000 fins l'any 2010 dels indicadors dels quals encara no hi ha dades per a l'any 2010. D'aquesta manera, s'aportarà una visió dels canvis en l'estat de salut de la ciutat i es tindrà més informació sobre on cal actuar de manera més intensa.

Les fonts d'informació utilitzades per al seguiment i l'avaluació dels objectius en salut han estat les fonts de dades de base poblacional disponibles a la ciutat de Barcelona de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT) i del Consorci Sanitari de Barcelona. Els indicadors s'han calculat, sempre que ha estat possible, a partir de l'any 1995 i fins a les dates més

recents. Per calcular les tendències temporals s'ha pres com a punt de partida l'any 2000 i el punt corresponent a l'última dada disponible, que varia entre el 2009 i el 2010 segons la disponibilitat de les dades. Es contrasten les tendències amb el valor de l'indicador fixat en el Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010, la qual cosa permet valorar el grau d'assoliment dels objectius.

En conseqüència, i atès el grau d'assoliment, els objectius del Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010 (vegeu la taula 5, pàgines 87 a 91) es poden classificar en:

- + Els que s'han assolit mantenint els esforços, que representen globalment el 59,8%, si bé el grau d'assoliment varia segons els eixos del Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010. En aquesta categoria es troben el 33,3% corresponent als objectius del primer eix (polítiques del govern: el compromís intersectorial en la salut), el 77,4% del segon eix (polítiques de salut: afavorir les eleccions saludables dels ciutadans) i el 53,2% del tercer eix (polítiques de serveis: per a la millora de la qualitat).
- + Els que requereixen un esforç especial per assolir-los en pocs anys, evidentment després del 2010, que representen el 8,0%. Aquests indicadors tenen una tendència estable o bé estan en la tendència desitjada i a un 50% com a mínim del canvi esperat. En aquesta categoria es troben el 22,2% dels indicadors del primer eix, el 3,2% del segon i el 8,5% del tercer.
- + Els que no han estat assolits en el període fixat i sembla poc probable que puguin ser plenament assolits en els propers anys, malgrat els esforços que es puguin fer, que representen el 32,2%. Es tracta d'indicadors amb una tendència que ha estat desfavorable o favorable, però inferior al 50% del canvi esperat. En aquesta categoria es troben el 44,4% dels indicadors del primer eix, el 19,4% del segon i el 38,3% del tercer.

Cal aclarir que en la taula 5 dels objectius generals del Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010 no s'han inclòs 58 objectius per falta d'informació (per exemple, relacionats amb

l'alimentació, la salut bucodental, etc.) o perquè no eren pertinents (per exemple, objectius relacionats amb cànpiings o granges d'animals que no existeixen a Barcelona). Aquests objectius corresponen només a l'eix 2 (21 objectius) i a l'eix 3 (37 objectius).

Alguns exemples

A continuació, es presenten la situació actual i l'evolució temporal d'alguns dels objectius del Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010 de la ciutat de Barcelona.

EIX 1. Polítiques de govern: el compromís intersectorial en la salut

Objectiu: reduir en un 20% la mortalitat per caigudes accidentals en els majors de 64 anys.

La mortalitat per caigudes accidentals en els majors de 64 anys mostra una àmplia variabilitat anual en els homes. Des de l'any 2007, la mortalitat per aquesta causa mostra uns valors superiors als marcats per l'objectiu del Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010. En el cas dels homes, l'objectiu no es podrà assolir l'any 2010, ja que presenta una lleugera tendència a l'augment (vegeu la figura 15, pàgina 48). En el cas de les dones, la mortalitat per caigudes accidentals en les dones majors de 64 anys presenta una tendència a disminuir que és insuficient, ja que el canvi experimentat no arriba al 50% del canvi proposat en l'objectiu i, per tant, tampoc no sembla assolible l'any 2010. Entre les possibles causes que expliquen aquest no-assoliment poden haver-hi les condicions de l'entorn que afavoreixen les caigudes entre les persones més grans.

EIX 2. Polítiques de salut: afavorir les eleccions saludables dels ciutadans

Objectiu: reduir la prevalença del tabaquisme entre els joves de 15 a 24 anys fins al 32%.

La prevalença del tabaquisme entre els joves de 15 a 24 anys ha disminuït progressivament des de l'any 2000 fins al 2011, després d'haver estat per sobre del 40% durant la dècada dels 80 i els 90, tant en les dones com en els homes. Segons les dades del primer semestre de 2011, la prevalença total es troba en el 30,4%, i s'assoleixi l'objectiu proposat (vegeu la figura 16, pàgina 48). Entre les possibles causes d'aquest assoliment hi pot haver la creixent conscienciació de la societat vers els efectes negatius del fum del tabac i les diverses mesures legislatives portades a terme per a limitar el tabaquisme.

EIX 3. Polítiques de serveis: per a la millora de la qualitat

Objectiu: reduir les taxes d'incidència de la tuberculosi pulmonar bacil·lífera en la població general en un 40% per tal d'assolir una taxa de 8 casos per 100.000 habitants.

Des del 1995, quan la taxa d'incidència arribava als 25 casos per cada

La vigilància dels objectius del Pla de Salut

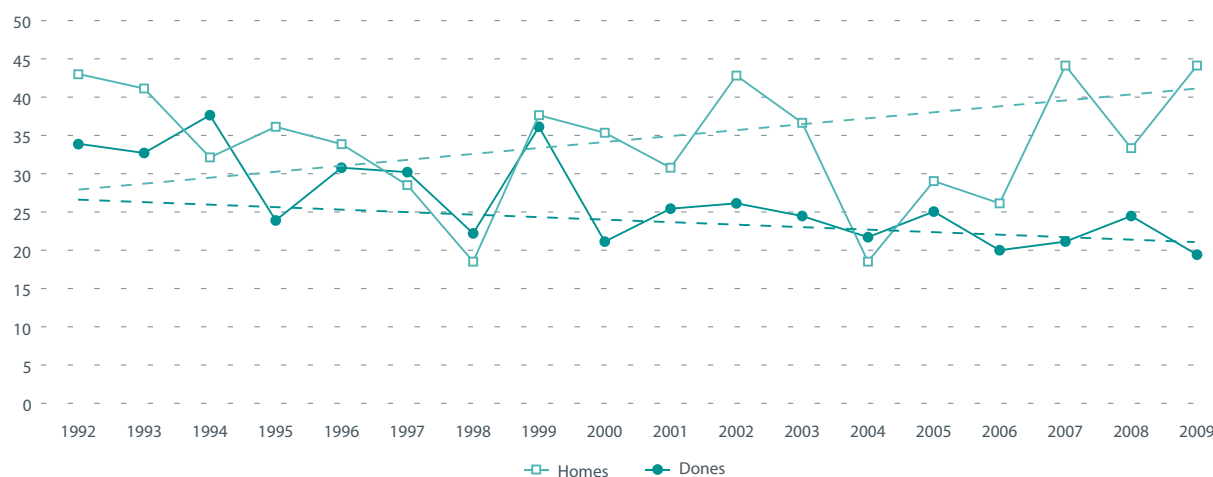
48

100.000 habitants, fins al 2010, en què la taxa és de 6,98 casos, es veu una clara disminució que pot haver estat causada per diversos factors: la introducció dels TARGA en el tractament de la sida, la millora en el tractament de la tuberculosi i la seva adherència, i la millora en la vigilància epidemiològica (vegeu la figura 17, pàgina 49).

Objectiu: reduir la mortalitat per càncer de les persones de menys de 65 anys en un 15%.

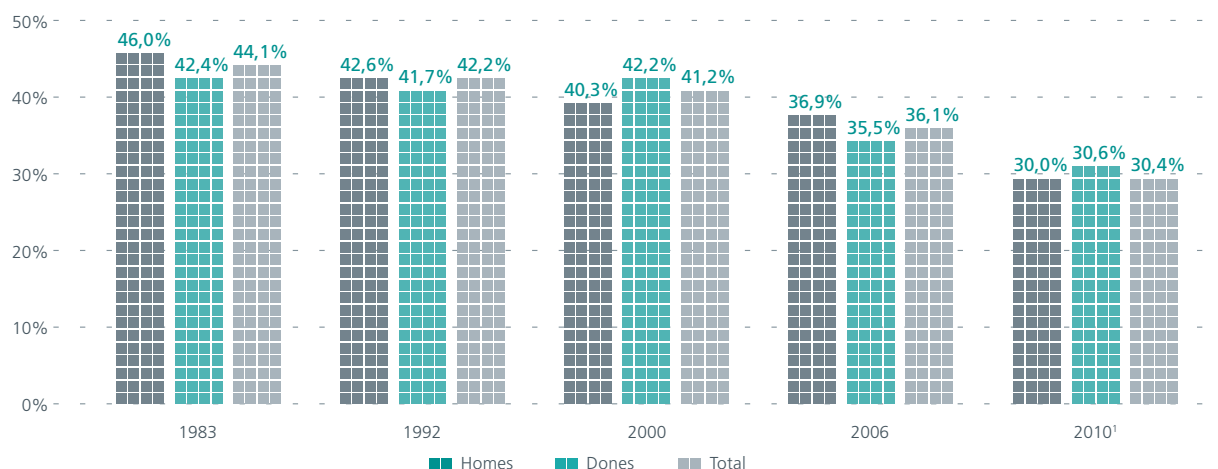
La reducció de la taxa de mortalitat en homes des de l'any 2000 supera l'objectiu (24,7%), mentre que en les dones es manté estable (reducció del 12,6%). A l'espera de tenir dades de 2010, és possible assolir aquest objectiu en dones ja que la seva tendència és a disminuir, per tant es podria aconseguir amb esforços (vegeu figura 18, pàgina 49). Entre

Figura 15. Evolució de la taxa de mortalitat estandarditzada per edat per 100.000 habitants deguda a caigudes accidentals en homes i dones majors de 64 anys. Barcelona, 1992–2009.



Font: Registre de mortalitat, Servei de Sistemes d'Informació Sanitària; Agència de Salut Pública de Barcelona. Padró municipal d'habitants, del 1991 al 2009. Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

Figura 16. Evolució de la prevalença de tabaquisme entre la població de 15 a 24 anys d'edat. Barcelona, 1983–2010.



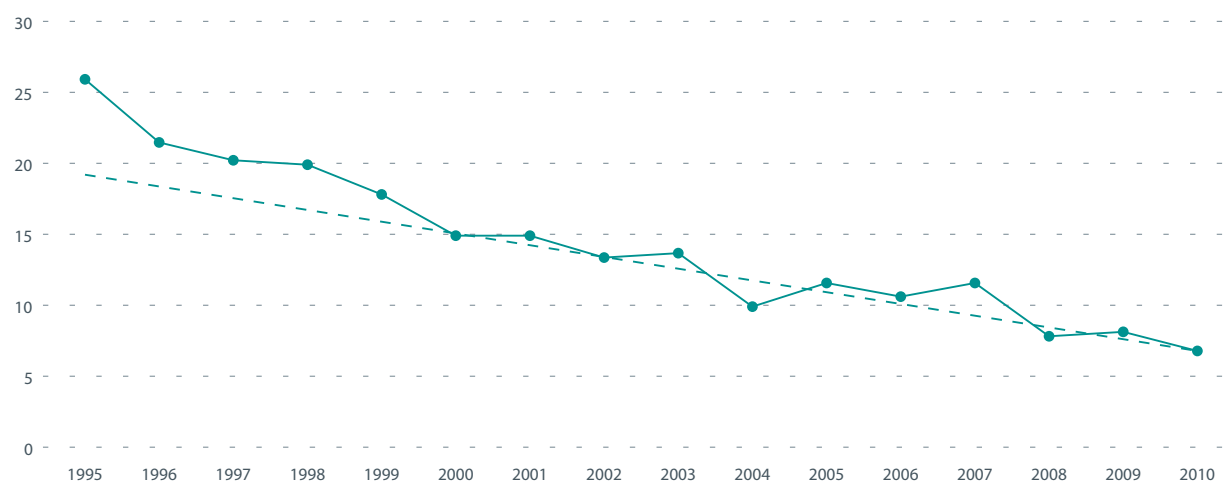
Font: Enquesta de salut de Barcelona 1983, 1992, 2000, 2006 i 2011 (en la gràfica); Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: Segons dades del primer semestre de 2011.

les possibles causes d'aquesta reducció de la mortalitat per càncer en les persones de menys

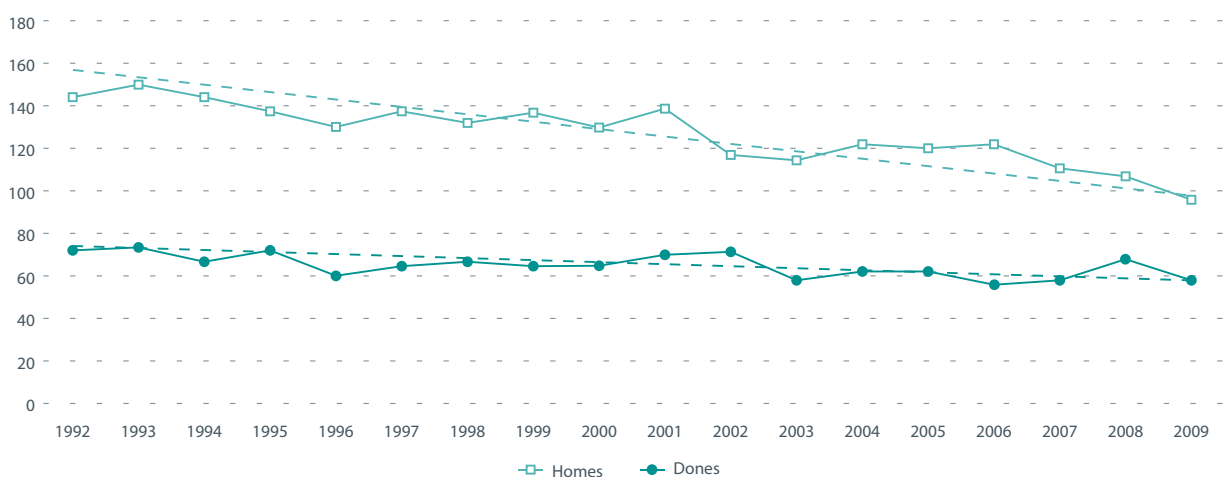
de 65 anys es pot trobar la millora en els tractaments i els programes de cribratge en certs tipus de càncers.

Figura 17. Evolució de la incidència de tuberculosi bacil·lífera per 100.000 habitants. Barcelona 1995-2010.



Font de dades: Registre de malalties de declaració obligatòria, Servei d'Epidemiologia; Agència de Salut Pública de Barcelona. Padró municipal d'habitants del 1995 al 2010. Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

Figura 18. Evolució de la taxa de mortalitat estandarditzada per edat per 100.000 habitants deguda a càncer en els menors de 65 anys. Barcelona 1992-2009.



Font: Registre de mortalitat, Servei de Sistemes d'Informació Sanitària; Agència de Salut Pública de Barcelona. Padró municipal d'habitants del 1992 al 2009. Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.



La nostra salut

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

51

Qui som

La situació demogràfica

La situació socioeconòmica

Les condicions de vida

La mobilitat en dia feiner

Com vivim

El medi ambient

L'aire

L'aigua

La seguretat i la higiene dels aliments

La vigilància i el control de plagues urbanes

Els comportaments

El consum de drogues

Els serveis sanitaris

L'atenció primària de salut

L'atenció a les urgències

L'atenció especialitzada hospitalària

L'atenció sociosanitària

L'atenció a la salut mental

L'atenció a les drogodependències

La prestació farmacèutica

Les accions en salut pública

La vigilància dels objectius del Pla de Salut

La nostra salut

La salut sexual i reproductiva

La tuberculosi

La infecció per VIH-sida

Les infeccions de transmissió sexual

Les lesions per col·lisions de trànsit

La salut laboral

La mortalitat

Monogràfics

L'ús de tecnologies entre els joves escolaritzats de Barcelona

Brot de xarampió i cobertura vacunal

Immigració i serveis sanitaris: la perspectiva dels usuaris i l'òptica dels professionals a la ciutat de Barcelona

La salut a Barcelona 2010 en xifres

La salut sexual i reproductiva

52

L'any 2009 es van produir 14.785 naixements en dones de 15 a 49 anys, 793 menys que l'any 2008. Cal destacar que la taxa de fecunditat de les dones en edat fèrtil se situa en 36,7 per 1.000 dones i, per tant, mostra un descens respecte a la del 2008 (38,7 per 1.000 dones en edat fèrtil), que va ser l'any amb la fecunditat més alta dels darrers anys a la ciutat. També s'ha reduït el nombre d'avortaments, que ha passat de 7.205 l'any 2008 a 6.885 l'any 2009, si bé la taxa d'avortaments (17,1 per cada 1.000 dones de 15 a 49 anys) és similar a la de l'any anterior que també va assolir el màxim dels darrers anys (17,9 per 1.000 dones). També s'ha reduït el percentatge d'embarassos no planificats (mesurat com aquells embarassos que acaben en avortament) que ha passat de 31,6% l'any 2008 a 28,8% l'any 2009 (vegeu la figura 1).

La reducció de les taxes de fecunditat, d'avortaments i d'embarassos és degut en gran part a la reducció de la fecunditat i al descens dels avortaments de les dones que provenen de països no desenvolupats. En els darrers dos anys, la fecunditat ha passat de 56,6% a 40,8%; els avortaments, de 43,7% a 31,9%, i els embarassos, de 100,2 a 71,3 per 1.000 dones (vegeu la taula 1, pàgina 92). D'altra banda, les xifres d'aquest col·lectiu de dones, tot i presentar una davallada, es mantenen per sobre de les dones que tenen el seu origen en països desenvolupats o a l'Estat espanyol (dades no mostrades). Cal destacar que, entre les dones immigrants que provenen de països no desenvolupats, el percentatge d'embarassos no planificats és més elevat que el del total de dones (43,8%).

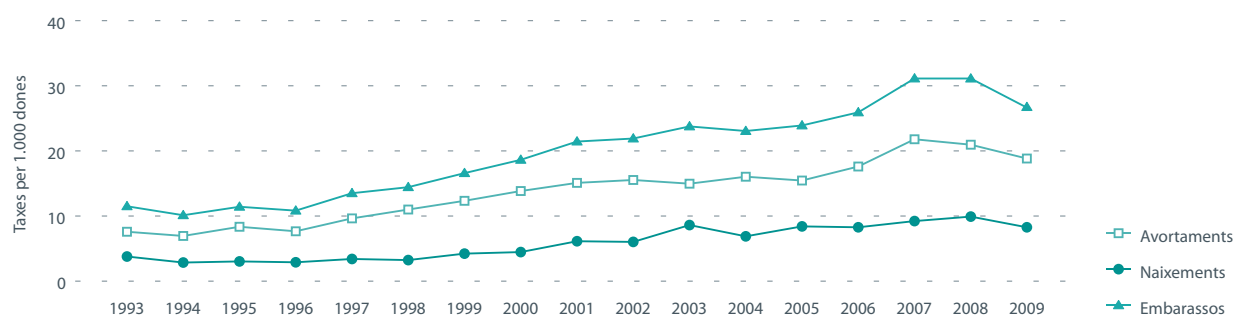
En les dones més joves disminueix la taxa de fecunditat que se situa en 8,1 per cada 1.000 dones de 15 a 19 anys, baixa la taxa d'avortaments a 18,7 per 1.000 dones de 15 a 19 anys i, per tant, els embarassos adolescents mostren una davallada fins a 26,8 per 1.000 dones de 15 a 19 anys, tot i que el percentatge d'embarassos no planificats és

Figura 1. Evolució de la natalitat, dels avortaments i dels embarassos en les dones en edat fèrtil (de 15 a 49 anys). Barcelona, 1993-2009.



Font: Elaboració pròpia a partir de diverses fonts.

Figura 2. Evolució de la natalitat, dels avortaments i dels embarassos en les dones adolescents (de 15 a 19 anys). Barcelona, 1993-2009.



Font: Elaboració pròpia a partir de diverses fonts.

de 69,8% i es manté en xifres similars a la dels darrers anys (vegeu la figura 2, pàgina 52 i la taula 1, pàgina 92).

També en aquest grup d'edat s'observa una franca reducció de la fecunditat, dels avortaments i dels embarassos de les dones que provenen de països no desenvolupats. Tot i la davallada, la fecunditat en aquest col·lectiu de dones és tres vegades superior a les xifres de totes les dones

de 15 a 19 anys, i la taxa d'avortaments en les dones de països en desenvolupament és el doble que en el global de dones d'aquesta edat.

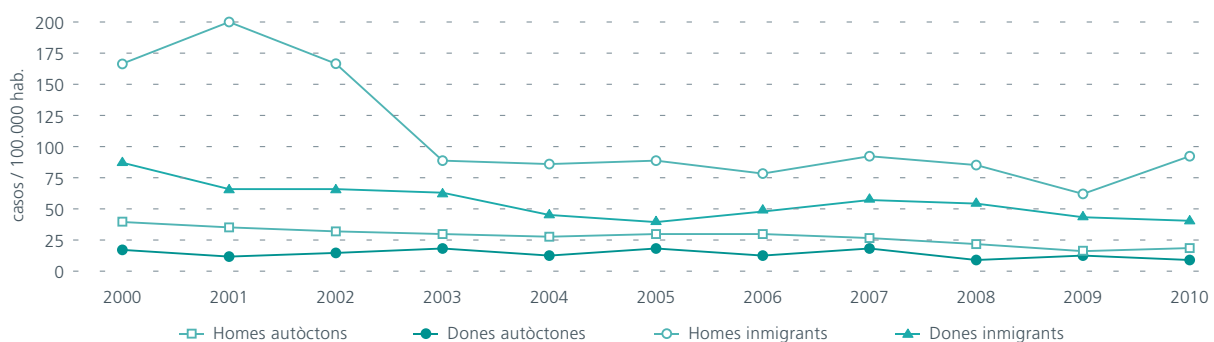
Pel que fa a les dones més grans (de 35 a 49 anys), cal destacar que és el grup d'edat en què augmenten tant els naixements (taxa de fecunditat de 39,3 per 1.000 dones) com els avortaments (taxa d'avortaments de 7,3 per 1.000 dones), i el percentatge d'embarassos no planificats del total d'embarassos és el 20%. En canvi, la fecunditat i els avortaments de les dones que provenen de països no desenvolupats mostra una davallada respecte al darrer any.

La tuberculosi

L'any 2010 s'han detectat a Barcelona 619 casos de tuberculosi (TB), dels quals 429 eren residents a la ciutat. Això representa una incidència de 26,5 casos per 100.000 habitants. Aquest any la malaltia ha augmentat respecte de l'any anterior gairebé el 10% i ha passat de 392 a 429 casos. La malaltia és més freqüent en els homes (279 casos) que en les dones (150 casos). Si es miren les dades segons el país de naixement, la incidència més elevada es troba en els immigrants, sobretot

en els homes, on s'ha observat l'augment més important (50%). La incidència en la població autòctona és inferior i també és més elevada en els homes. Cal destacar que el declivi mitjà anual des de l'any 2000 ha estat del 6% i el 2% en els homes i les dones autòctones, i del 2% i 5% en els homes i les dones immigrants (vegeu la figura 3). De les 150 dones amb TB, 74 havien nascut fora de l'Estat espanyol (50,3%), sobretot a Bolívia, Perú i Pakistan. Respecte als 279 homes, 157 eren immigrants (56,3%), i destaca Pakistan, amb 60 pacients, seguit del Marroc i del Perú. Els pacients immigrants amb TB procedien de 40 països diferents.

Figura 3. Evolució de l'incidència de tuberculosi segons sexe i país de naixement. Barcelona, 2000-2010.



Font: Programa de prevenció i control de la tuberculosi. Servei d'Epidemiologia.

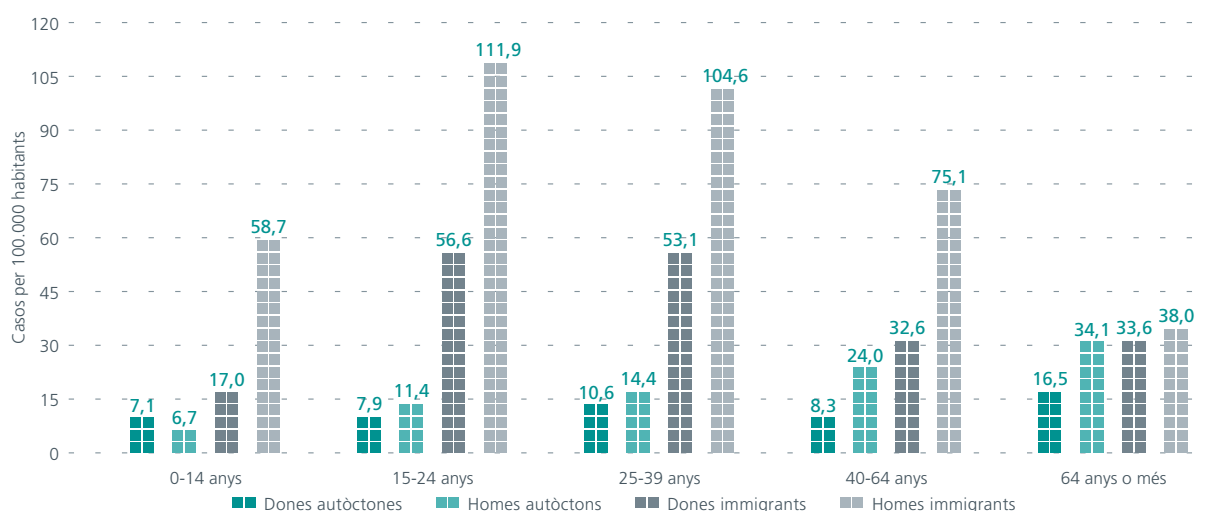
La tuberculosi

54

El grup d'edat més afectat en persones autòctones ha estat el de més de 65 anys, tant en homes com en dones. En canvi, en el cas dels immigrants, el grup d'edat més afectat ha estat el de 15 a 39 anys, tant en homes com en dones. Cal assenyalar que, en aquest grup

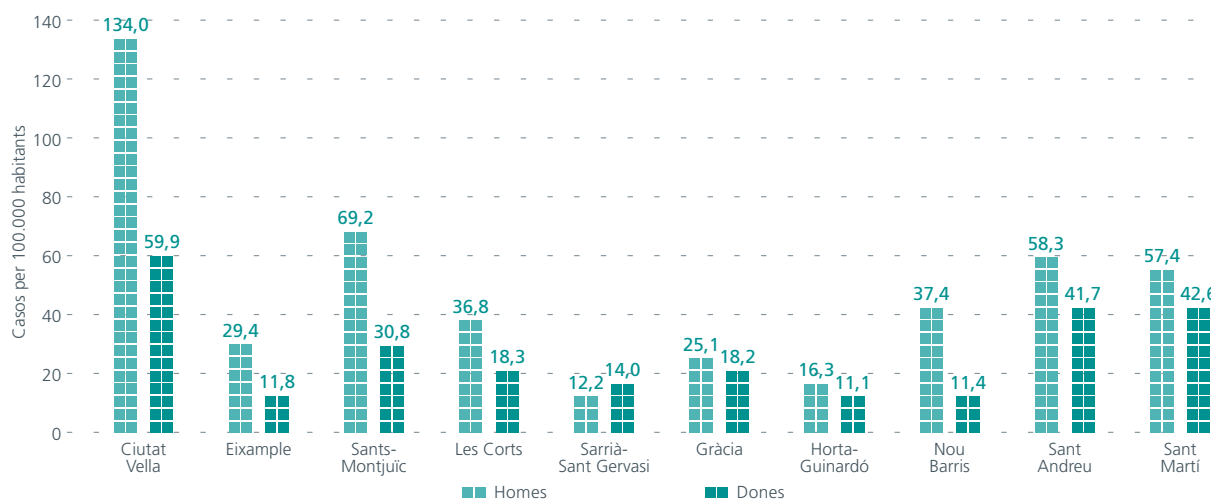
d'edat, els homes immigrants tenen una incidència superior a 100 casos per 100.000 habitants (vegeu la figura 4). Ciutat Vella ha estat el districte amb més casos, 74 homes (incidència 134/100.000 h.) i 30 dones (60/100.000 h.), seguit de Sants-Montjuïc, Sant Andreu i Sant Martí, tant en homes com en dones. La incidència de Ciutat Vella ha augmentat més d'un 50% respecte de l'any 2009 (vegeu la figura 5).

Figura 4. Incidència de la tuberculosi segons el sexe, el grup d'edat i el lloc de naixement. Barcelona, 2010.



Font: Programa de prevenció i control de la tuberculosi. Servei d'Epidemiologia.

Figura 5. Incidència de la tuberculosi per districtes segons el sexe. Barcelona, 2010.



Font: Programa de prevenció i control de la tuberculosi. Servei d'Epidemiologia.

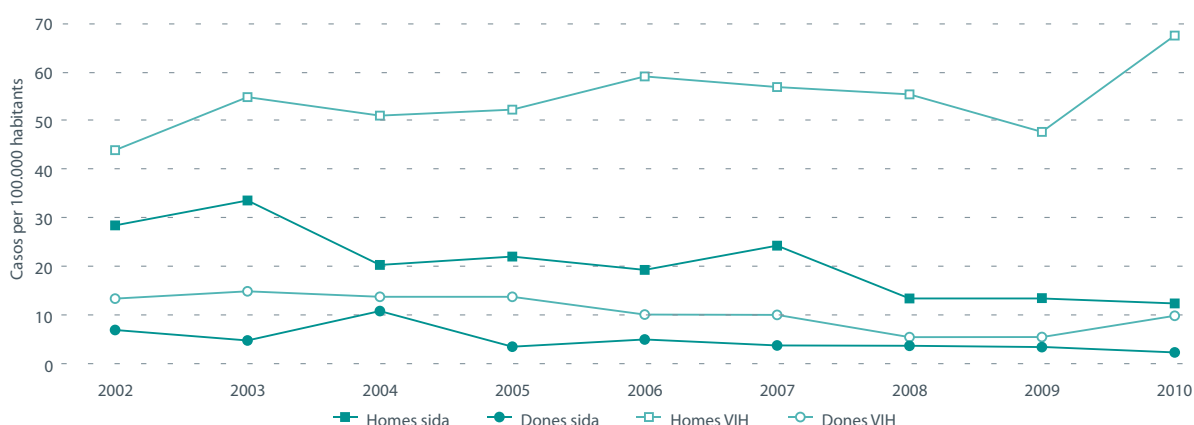
La infecció per VIH-sida

Nous diagnòstics d'infecció pel VIH i la sida

L'any 2010, un total de 442 persones es van diagnosticar per primera vegada d'infecció per VIH a Barcelona, el 83,9% (371) d'elles residien a Barcelona. Això suposa una taxa d'infecció per a tota la ciutat de 22,92 casos/100.000 habitants i representa un increment del 36% respecte de l'any 2009 (vegeu la figura 6). Aquest repunt en les notificacions es deu, probablement, a la

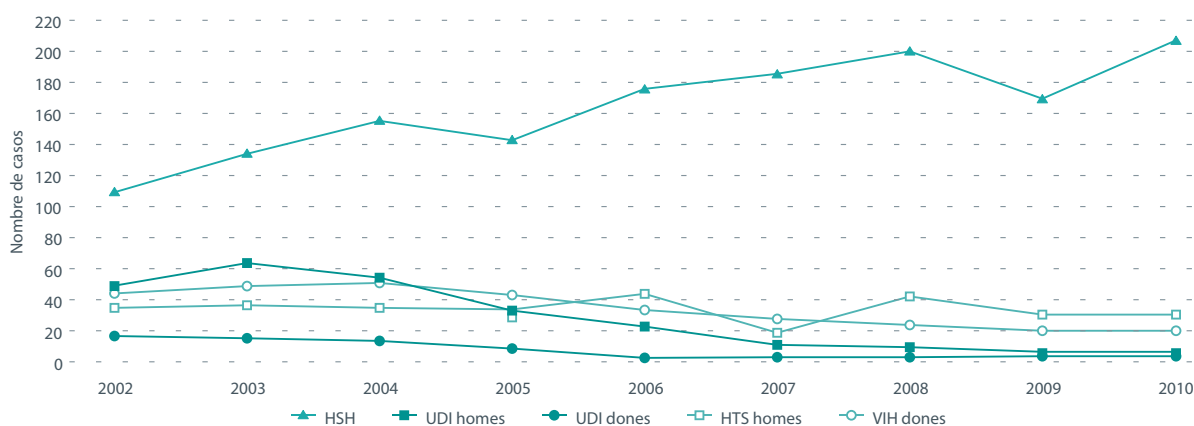
inclusió del VIH com a infecció de notificació obligatòria individualitzada¹. El 85,4% (317) dels casos eren homes entre 17 i 72 anys (mediana de 34 anys). Les edats de les dones oscil·laven entre els 21 i els 64 anys (mediana de 35 anys). La via de transmissió més freqüent entre els homes ha estat les relacions homosexuals (HSH), seguida de les heterosexuals (HTS), amb el 65,3% (207) i el 10% (32) dels casos, respectivament. Entre les dones, les relacions HTS han estat la via més freqüent (64,8%). Respecte de l'any anterior, en els HSH i en els usuaris de drogues per via injectada (UDI) s'ha observat un increment en els diagnòstics del VIH del 20% i 64%, respectivament. En les dones l'increment ha estat

Figura 6. Evolució del nombre de casos d'infecció per VIH i sida entre 20 i 59 anys segons el sexe. Barcelona, 2002-2010.



Font: Registre de SIDA de Barcelona, sistema d'informació voluntària del VIH i Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona. Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

Figura 7. Evolució anual dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH segons el sexe i la via de transmissió. Barcelona, 2002-2010.

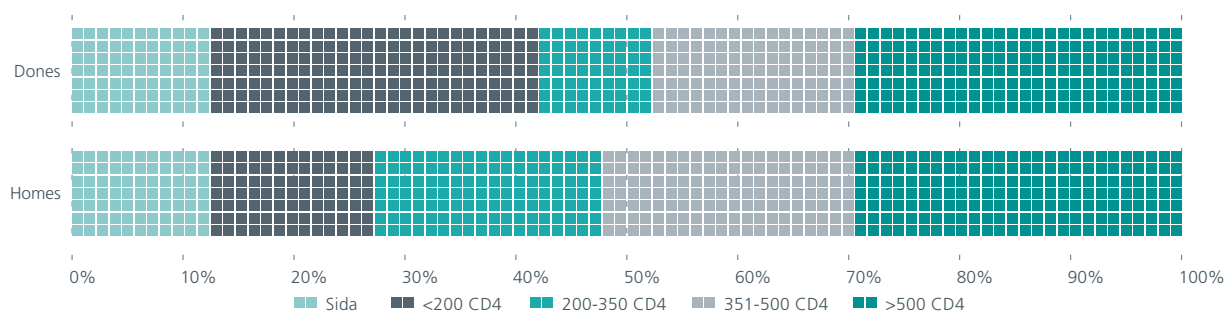


Font: Sistema d'informació voluntària del VIH i Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona.

La infecció per VIH-sida

56

Figura 8. Distribució de l'estat immunitari dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH segons el sexe. Barcelona, 2010 .



Font: Registre de SIDA, sistema d'informació voluntària del VIH i Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: 291 casos (251 homes i 40 dones).

més lleuger (vegeu la figura 7, pàgina 55). En relació amb el pronòstic, el 48% dels casos ha iniciat el tractament amb retard, amb un nivell de CD4 <350 per mm³ (vegeu la figura 8)². Això ha implicat més risc de transmissió de la infecció³ i, probablement, comportarà un augment de la seva morbiditat i mortalitat⁴.

En relació amb la sida, el nombre de casos continua disminuint. El 2010 es van diagnosticar 99 persones, de les quals el 81,8% (81) residien a Barcelona (vegeu la figura 6, pàgina 55). El 82,7% (67) dels casos eren homes entre els 24 i els 68 anys (mediana 40 anys). Les edats de les 14 dones oscil·laven entre els 25 i els 72 anys (mediana de 43 anys). Les relacions sexuals no protegides van ser la via de transmissió més freqüent. En els homes van representar el 72% dels casos –49% per relacions HSH i 22% per relacions HTS. En el cas de les dones, les HTS han representat el 57%. L'ús de drogues injectades s'ha identificat en el 12% dels homes i en el 29% de les dones⁵. En el 63% dels casos el diagnòstic es va fer amb molt retard, és a dir, en el mateix moment del diagnòstic de la sida o els tres mesos abans del diagnòstic de sida.

En els homes la tuberculosi va ser la malaltia indicativa de sida més freqüent (27% dels casos), seguit de la pneumònia per *P. jiroveci* (24%). En les dones la pneumònia per *P. jiroveci* (21%) i la candidiasi esofàgica (21%).

Referències bibliogràfiques

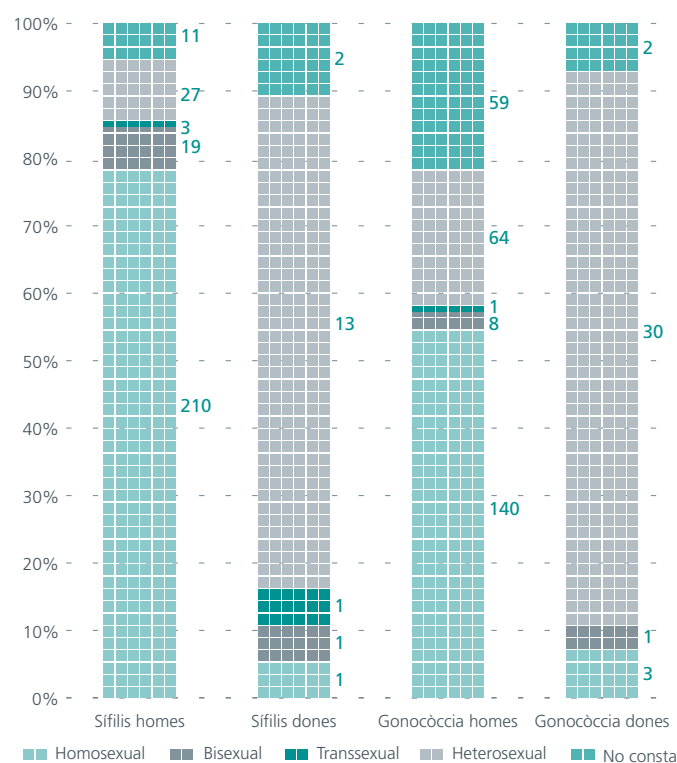
- 1 Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria i brots epidèmics al Departament de Salut. Decret 67/2010, de 25 de maig, pel qual es regula el sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria i brots epidèmics al Departament de Salut. DOGC: núm. 5666– 8.7.2010: 52888-52909.
- 2 de Olalla PG, Mazardo C, Sambeat MA, Ocaña I, Knobel H, Hu-met V, Domingo P, Ribera E, Guelar A, Marco A, Belza MJ, Miró JM, Caylà JA; the HIV Surveillance Group. Epidemiological characteristics and predictors of late presentation of HIV infection in Barcelona (Spain) during the period 2001-2009. AIDS Res Ther. 2011 Jul 6;8(1):22: A: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3143919/pdf/1742-6405-8-22.pdf>.
- 3 Gary Marks, Nicole Crepaz and Robert S. Janssen. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. AIDS 2006, 20:1447–1450.
- 4 Palella FJ Jr, Deloria-Knoll M, Chmiel JS, Moorman AC, Wood KC, Greenberg AE, Holmberg SD; HIV Outpatient Study Investigators. Survival benefit of initiating antiretroviral therapy in HIV-infected persons in different CD4+ cell strata. Ann Intern Med. 2003 Apr 15;138(8):620-6.
- 5 Sida a Barcelona. Situació a 31 de desembre de 2010, Agència de Salut Pública, Servei d'Epidemiologia a: <http://www.aspb.cat/que-fem/docs/sida89.pdf>.

Les infeccions de transmissió sexual

Des de l'any 2007 la sífilis, gonocòccia i el limfogranuloma veneri són de declaració obligatòria nominal. L'any 2010 s'han detectat 367 casos de sífilis infecciosa, dels quals el 82,6% (303) residien a Barcelona, i s'ha observat un increment del 28,9% respecte de l'any 2009 (vegeu la figura 9). El 93,1% (282) dels casos eren homes entre 17 i 78 anys (mediana de 36 anys). Les dones tenien entre 27 i 68 anys (mediana de 38 anys). El 51,4% dels homes i el 19% de les dones han nascut a l'Estat espanyol. El districte de residència amb les taxes més altes ha estat Ciutat Vella (62,7 casos/100.000 h.), seguit de l'Eixample (13,3 casos/100.000 h.). La taxa per al conjunt de la ciutat ha estat de 18,7 casos/100.000 h. En el cas dels homes, el 82,3% (232) eren homes amb relacions homosexuals (HSH) i el 9,6% (27) heterosexuals (HTS). Pel que fa a les dones, el 61,9% (13) es van considerar HTS (vegeu la figura 10). El 32,6% dels homes i el 4,8% de les dones estaven coinfectats amb el VIH. En el 15% dels casos no consta aquesta informació. L'estudi de les parelles sexuals s'ha fet, solament, en el 59,7% dels casos.

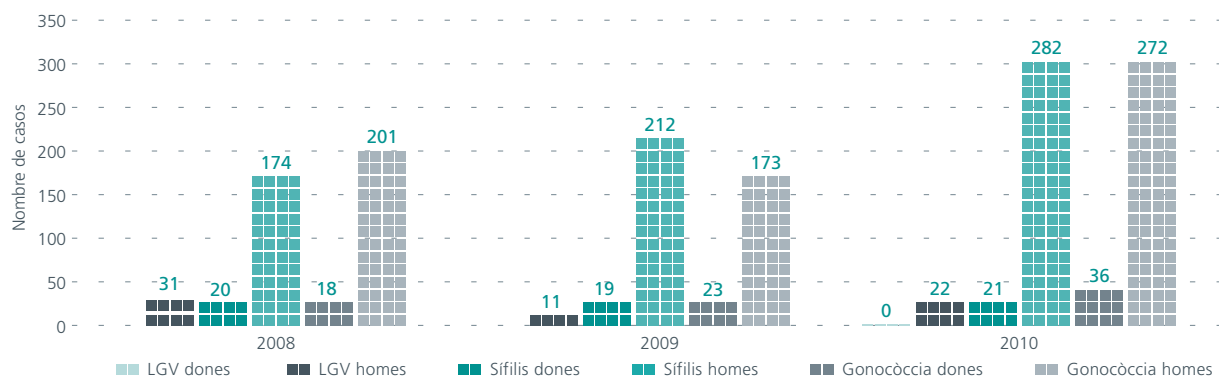
S'han detectat 391 casos d'infecció gonocòccica, dels quals 78,8% (308) residien a Barcelona, fet que suposa un increment del 18,9% respecte de l'any anterior. El 88,3% (272) eren homes, amb edats entre els 17 i 59 anys (mediana de 30 anys), mentre que l'edat de les dones ha oscil·lat entre els 18 i 52 anys (mediana de 28,5

Figura 10. Distribució dels casos de sífilis i gonocòccia segons el sexe i l'orientació sexual. Barcelona, 2010.



Font: Malalties de declaració obligatòria i Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 9. Distribució dels casos de sífilis, gonocòccia i limfogranuloma veneri segons l'any de diagnòstic i el sexe. Barcelona, 2008-2010.



Font: Malalties de declaració obligatòria i Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: limfogranuloma veneri (LGV).

Les infeccions de transmissió sexual

58

anys). El 52,6% (143) dels homes i el 41,7% (15) de les dones han nascut a l'Estat espanyol. El districte de residència amb les taxes més altes ha estat Ciutat Vella (44,6 casos/100.000 h.), seguit de l'Eixample (28,91 casos/100.000 h.). La taxa per al conjunt de la ciutat ha estat de 19 casos/100.000 habitants.

El 54,8% (149) dels homes eren HSH i el 23,5% (64) HTS i, pel que fa a les dones, el 83,3% (30) es va considerar HTS. El 18,4% dels homes i el

2,4% de les dones estaven coinfectats amb el VIH (vegeu la figura 10). En el 38% dels casos es disposava d'aquesta informació. L'estudi de les parelles sexuals s'ha fet solament en el 55,8% dels casos. Es van detectar 24 casos de limfogranuloma veneri (LGV), el que suposa un increment del 84,6% respecte l'any anterior. El 91,7% (22) en residents a Barcelona (vegeu la figura 9, pàgina 57), homes i entre 31 i 53 anys (mediana 36,5 anys). El 72,7% (16) dels casos van néixer a Espanya, 17 (77,3%) eren HSH, de la resta no es disposava d'aquesta informació i 68,2% estaven coinfectats amb el VIH, però en el 14% no es disposava d'aquesta informació. En el 56,5% dels casos constava informació sobre la realització de l'estudi de les parelles sexuals.

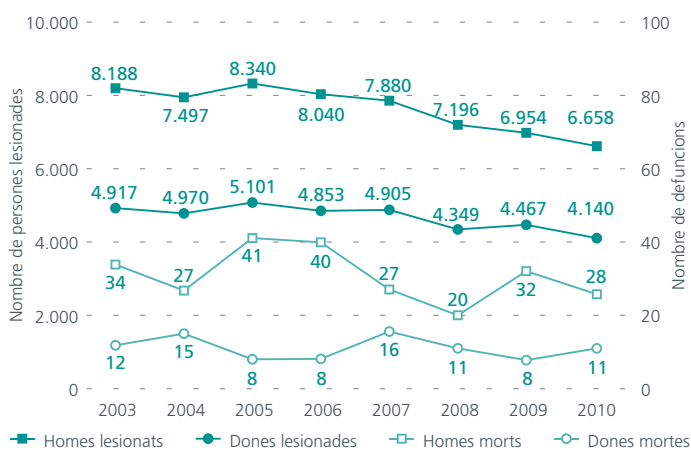
Les lesions per col·lisions de trànsit

Segons la Guàrdia Urbana, l'any 2010 s'han produït a la ciutat de Barcelona 8.269 col·lisions de trànsit, que han ocasionat víctimes i han tingut com a conseqüència 10.799 lesionats (6.659 homes i 4.140 dones) i 39 morts (28 homes i 11 dones) durant les primeres 24 hores després de la col·lisió (vegeu la figura 11). Respecte de l'any anterior s'ha observat una reducció del 5,5% en el nombre de persones lesionades i del 2,5% en el nombre de morts. La mediana d'edat de les persones lesionades ha estat de 34 anys, en els homes, i de 33, en les dones, mentre que, en les defuncions, ha estat de 37,5 anys en els homes i de 66 anys en les dones. El 49,1% dels homes lesionats eren usuaris de motocicleta; el 13,8%, de ciclomotor; el 23,9%, de turisme; el 3,5%, de bicicleta; el 1%, d'autobús; el 0,2%, d'altres tipus de vehicles, i el 8%, vianants. El 28,8% de les dones lesionades eren usuàries de turisme, el 28,3% de motocicletes, el 18% de ciclomotor, el 6,4% d'autobús, el 2,4% de bicicleta, el 0,3% d'altres vehicles i el 15,7% vianants. Pel que fa a les defuncions, eren usuaris de motocicleta el 57,1% dels homes i el 9,1% de les dones, usuaris de ciclomotor el 7,1% dels homes i no hi va haver cap dona morta usuària de ciclomotor. El 25%

dels homes morts i el 81,8% de les dones mortes eren vianants. (vegeu la taula 3, pàgina 94).

L'any 2001, la Comissió Europea, com s'indica en el Llibre Blanc sobre la política europea de transports (Llibre Blanc, 2001), va establir l'objectiu per a l'any 2010 de reduir les morts per accident de trànsit a

Figura 11. Evolució del nombre de persones lesionades i mortes per col·lisió de trànsit. Barcelona, 2003-2010.

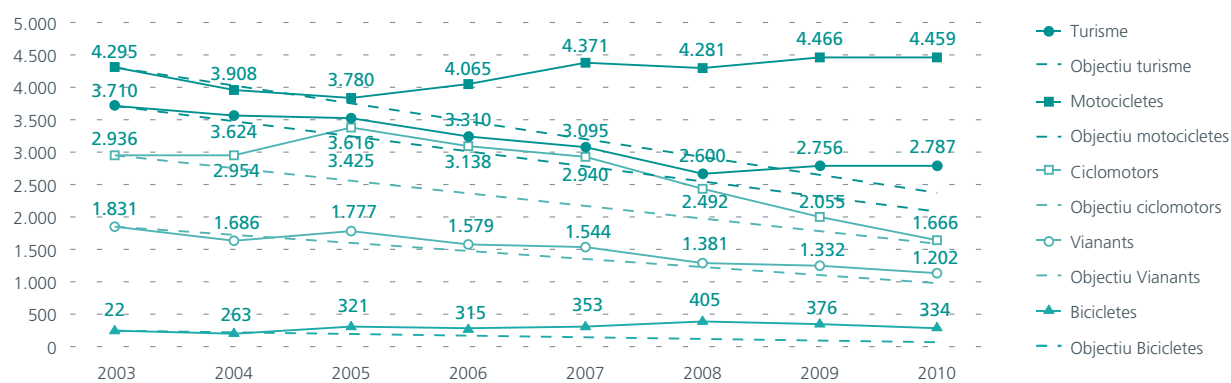


Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la Guàrdia Urbana, Ajuntament de Barcelona.

la Unió Europea en un 50%. A Barcelona, durant aquesta dècada s'han desenvolupat tres plans de seguretat viària (2000-2003, 2004-2007 i 2008-2012). En el segon pla es va plantejar com a objectiu per a l'any 2010 reduir el nombre de víctimes per col·lisió de trànsit a la ciutat (incloent-hi persones lesionades i defuncions) en un 45% respecte a l'any 2003. Cal assenyalar que les característiques d'accidentalitat en l'àmbit urbà són molt diferents de les de carretera, on la freqüència de col·lisions amb implicació de ferits

greus o morts és més elevada. Globalment, l'any 2010 respecte al 2003 s'observa una reducció en el nombre de víctimes del 19,5%, essent del 18,7% en els homes lesionats i del 15,8% en les dones lesionades i del 17,6% i 8,3%, respectivament, en les defuncions. La figura 12 mostra l'evolució del nombre de víctimes de l'any 2003 al 2010 i la projecció esperada segons l'objectiu de reducció del 45% segons el tipus d'usuari. S'observen importants diferències en el nombre de víctimes segons el vehicle amb què circulaven. Es redueix de forma important el nombre de víctimes usuàries de turisme (35,1%), de ciclomotor (55,1%) i vianants (34,4). En canvi, augmenten de forma significativa les víctimes usuàries de motocicleta (57,2%).

Figura 12. Evolució del nombre de víctimes segons el vehicle amb què circulava i projecció de la reducció del 45% al 2010. Barcelona, 2003-2010.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la Guàrdia Urbana, Ajuntament de Barcelona.

La salut laboral

Les lesions per accident de treball

L'any 2010 s'han produït a Barcelona 35.276 lesions per accident de treball (LAT) amb baixa, de les quals 295 són greus i 23 mortals. Respecte de l'any anterior hi ha hagut un lleuger descens en el total de lesions (2,4%) i en les lleus (2,3%),

mentre que en les greus i sobretot en les mortals, la disminució ha estat molt important (17,6% i 32,4%, respectivament). El 59,8% dels accidentats han estat homes, que també han patit les lesions més greus (el 76,6% de les greus i el 87% de les mortals). El 70% han ocorregut en persones de classes socials manuals, i les ocupacions més freqüents han estat entre els homes treballadors qualificats de la indústria i la construcció seguits pel grup d'homes no qualificats, i entre les dones,

La salut laboral

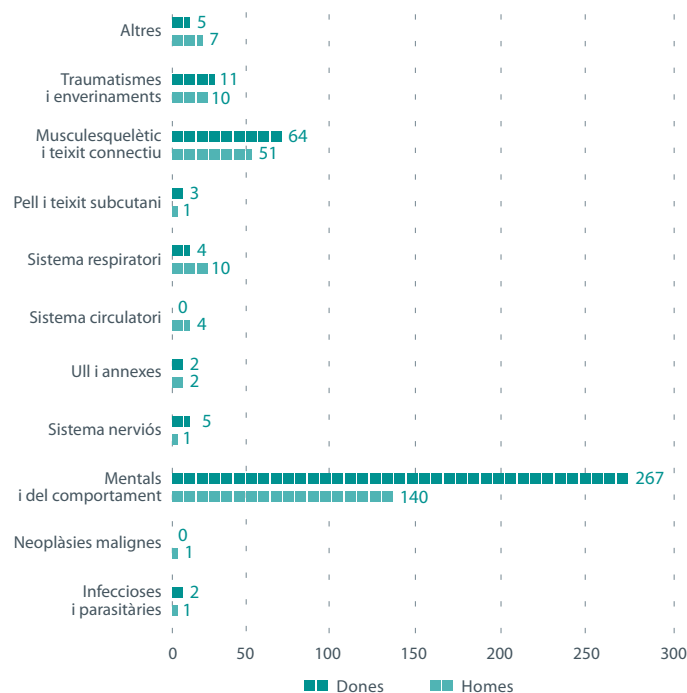
60

les treballadores de serveis i comerç seguides per les d'ocupacions no qualificades.

Un percentatge significatiu de les LAT greus i mortals ha estat *in itinere* (45,4% i 39,1%, respectivament), sobretot entre les dones (dues terceres parts de les lesions més greus s'han produït en el trajecte del domicili al lloc de treball). Entre els homes, les lesions greus i mortals més freqüents han estat les traumàtiques en jornada laboral (42,3%).

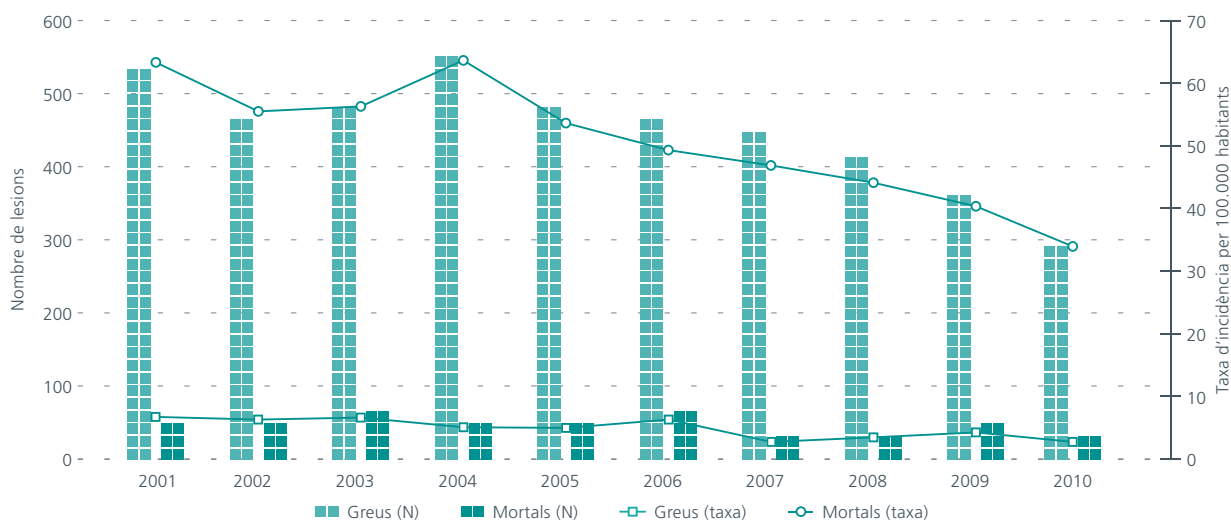
Des de l'any 2000 s'observa una important disminució tant del nombre com de la incidència de lesions greus (vegeu la figura 13). Aquesta disminució ha estat més accentuada els dos darrers anys (sobretot el 2010), tendència molt probablement relacionada amb l'actual crisi econòmica i, en especial, per la disminució de l'activitat en el sector de la construcció. L'evolució de les LAT mortals ha estat més inestable gràcies al baix nombre d'aquestes lesions, tot i així es pot observar una magnitud força estable fins el 2003 amb taxes entre 6 i 7 x 100.000 i un descens els darrers anys amb taxes entre 3 i 4 x 100.000; també en aquestes lesions s'observa una disminució l'any 2010. La incidència de LAT amb baixa ocorregudes durant la jornada laboral a Barcelona el

Figura 14. Distribució de les malalties relacionades amb el treball, segons el diagnòstic i el sexe. Barcelona, 2010.



Font: Registre de malalties relacionades amb el treball de la Unitat de Salut Laboral de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 13. Evolució de les lesions per accidents de treball greus i mortals. Barcelona, 2001-2010.



Font: Elaboració pròpia a partir del registre d'accidents de treball del Departament de Treball. Generalitat de Catalunya.

Nota: Per al càlcul de les taxes d'incidència de les LAT i les MP s'ha utilitzat com a denominador la població ocupada donada d'alta al règim general de la Seguretat Social (el majoritari) i al règim especial de la mineria del carbó. El numerador fa referència a totes les LAT o MP ocorregudes en persones que tenen cobertes les contingències professionals. Això significa que, a més dels dos règims esmentats, hi pot haver LAT i MP ocorregudes en persones en altres situacions minoritàries com, per exemple, el personal autònom que té cobertes aquestes contingències. Un altre aspecte que cal tenir en compte amb relació als numeradors i als denominadors és que fan referència a persones donades d'alta a la Seguretat Social en un centre de cotització de Barcelona i, per tant, que el seu centre de treball podria ser un altre.

2010 ha estat inferior a la de Catalunya (3230,6 i 4.107,7 x 100.000, respectivament), mentre que la de les *in itinere* ha estat superior (817,4 i 644,1 x 100.000, respectivament).

Malalties professionals

No es disposa de les dades de malalties professionals del 2009. Les darreres disponibles, de l'any 2006, es poden consultar en la taula 5, pàgina 114, de l'informe *La salut a Barcelona 2009*.

Malalties relacionades amb el treball

El 2010 s'han notificat 591 trastorns de salut relacionats amb el treball a la Unitat de Salut Laboral (USL) de Barcelona, el 61,4% dels quals van afectar dones. En els homes, les malalties han

estat més freqüents en les classes manuals (59,4%). L'ocupació més freqüent entre les dones ha estat la de treballadores de serveis i comerç (27,2%) seguida per la de professionals de suport (22,1%); en els homes, els treballadors qualificats de la indústria i la construcció seguits dels treballadors de serveis i comerç (19,1% i 17,3%, respectivament). Com en els darrers anys, la patologia més freqüent ha estat la de tipus ansiós i depressiva, que ha constituït el 73,3% dels casos femenins i el 61,4% dels masculins (vegeu la figura 14, pàgina 60).

Respecte de l'any anterior s'ha produït un increment del 15,7% en el nombre de casos després de la disminució que es va produir el 2009. Aquesta evolució podria estar relacionada amb la crisi econòmica, la disminució de casos de 2009 amb la davallada en el nombre de persones ocupades (els casos van disminuir en els homes, que van ser els qui també van perdre més llocs de treball inicialment), mentre que l'augment del 2010 suggereix, tot i la disminució en l'activitat, un empitjorament de les condicions de treball que podria suposar un augment de l'exposició a riscos laborals (vegeu taula 5, pàgina 96).

La mortalitat

L'any 2009, els principals indicadors de mortalitat (vegeu el quadre 1) continuen la tendència experimentada els darrers anys: La taxa de mortalitat ha disminuït en ambdós sexes, i és més elevada en els homes. La mortalitat prematura, expressada en els anys potencials de vida perduts, ha mantingut una gran diferència entre els homes i les dones, i ha continuat la seva progressió a la baixa respecte dels anys anteriors en els homes, i estable en les dones. Les taxes de mortalitat infantil i perinatal segueixen essent baixes. I finalment, l'esperança de vida en néixer l'any 2009 va ser de 79,2 anys en els homes i de 85,3 anys en les dones, i ve ser lleugerament superior a la mitjana de Catalunya que el mateix any se situava en 78,9 en els homes i 84,8 en les dones, i superior a la de la Unió Europea (EU-27), que el 2008 va ser de 76,4 en els homes i 82,4 en les dones (vegeu la taula 6, pàgina 96).

A continuació es presenten per sexe les deu causes principals de mort l'any 2009 i la seva evolució respecte l'any 2004 (vegeu la figura 15, pàgina 62). Se n'han exclòs els grups de causes que comencen per «Altres» o «Resta», pel fet de ser causes poc definides i, per tant, poc explicatives. Malgrat la disminució dels darrers anys, és important destacar l'impacte de les malalties cardiovasculars en ambdós

Quadre 1. Indicadors de mortalitat en homes i dones. Barcelona, 2009.

	Homes	Dones
Taxa bruta de mortalitat ¹	958,4	957,9
Taxa de mortalitat estandarditzada per edat ^{1,2}	1.289,2	755,6
Taxa d'APVP ³ estandarditzada per edat ^{1,2}	3.949,3	2.009,6
Esperança de vida en néixer	79,2	85,3
Taxa de mortalitat infantil ⁴	2,4	2,9
Taxa de mortalitat perinatal (>500 g) ⁴	3,3	4,7

Font: Registre de Mortalitat de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹Taxes per 100.000 habitants. ²Estandardització segons el mètode directe, població de referència el total de Barcelona el 2009. ³APVP: anys potencials de vida perduts d'1 a 70 anys. ⁴Taxes per 1.000 naixements.

La mortalitat

62

sexes (malaltia isquèmica del cor i malaltia cerebrovascular). En els homes, juntament amb el càncer de pulmó i la malaltia pulmonar obstructiva crònica, han estat les quatre primeres causes de mort, causes associades al tabaquisme (el 31% de totes les defuncions anuals). En les dones, les principals causes de mort han estat les malalties degeneratives cerebrals (demència i malaltia l'Alzheimer), juntament amb altres malalties cardiovasculars (insuficiència cardíaca i malaltia hipertensiva).

L'informe de salut d'enguany presenta alguns resultats del projecte MEDEA que té per objectiu descriure les desigualtats socioeconòmiques i mediambientals en mortalitat en àrees petites de ciutats de l'Estat espanyol i d'Europa, incloent-

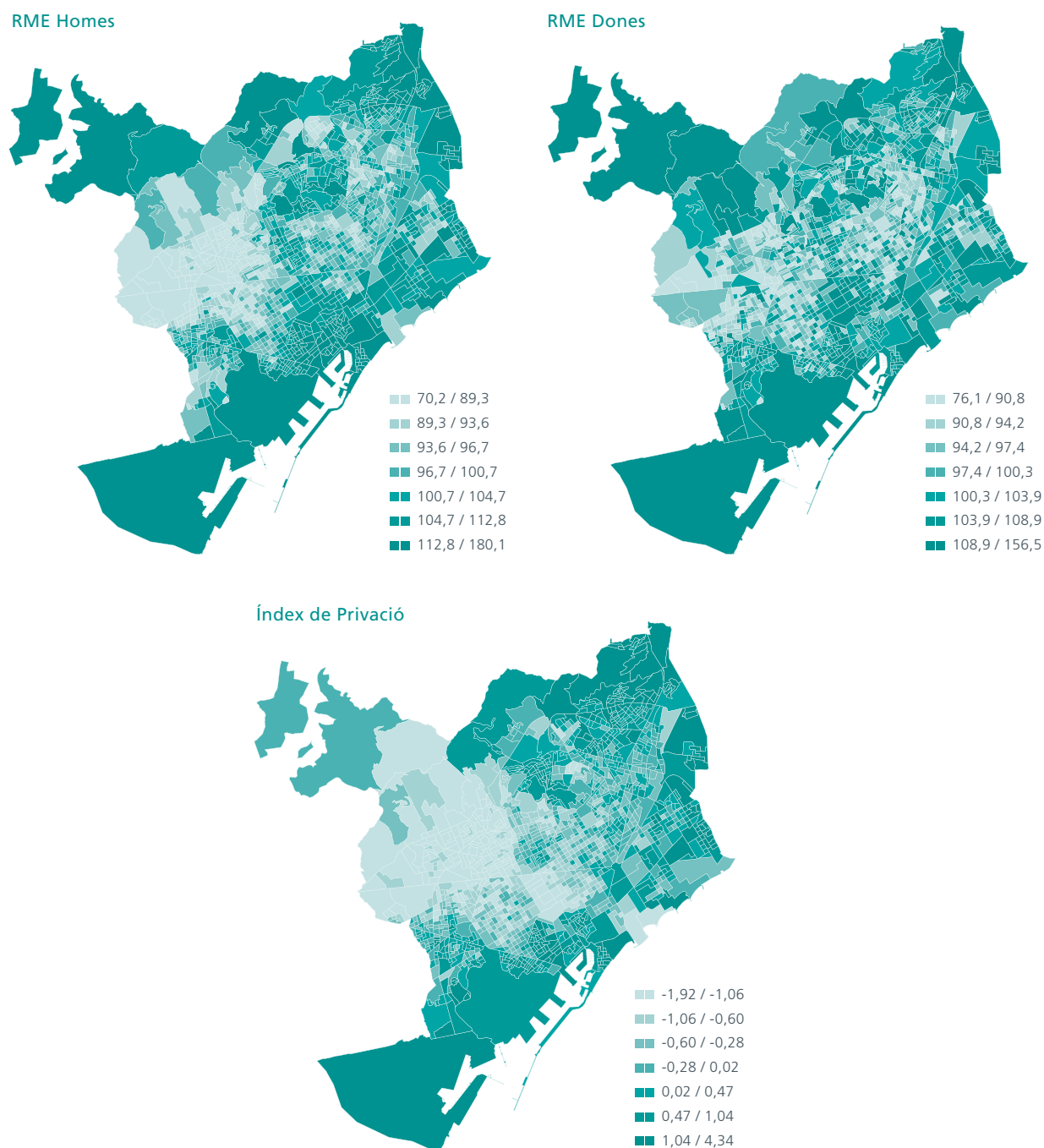
hi Barcelona (www.proyectedeadea.org). En concret, es presenta la distribució de la raó de mortalitat estandarditzada (RME) suavitzada en les seccions censals de Barcelona el període de 2002 a 2007, que representa el risc de morir de cada àrea respecte de la població de referència (en aquest cas, la mortalitat de la població de l'Estat espanyol). Els indicadors de mortalitat s'han estimat amb mètodes bayesians, que tenen en compte la informació de l'àrea així com la informació de les àrees veïnes per obtenir un risc de mortalitat de l'àrea suavitzat. A més, es representa la distribució de l'índex de privació socioeconòmica en les àrees segons el cens 2001. La mortalitat ha mostrat desigualtats a Barcelona, i la zona del litoral i el nord de la ciutat són les zones que han presentat un risc de mortalitat més elevat (color més fosc), mostrant una distribució geogràfica relacionada amb els factors socials i econòmics. Així, els districtes que tenien una major proporció de seccions censals amb una mortalitat elevada han estat Ciutat Vella, Sants-Montjuïc i Nou Barris (vegeu la figura 16, pàgina 63). Vegeu, a més, les taules 7 a 10, pàgines 96 i 97.

Figura 15. Primeres 10 causes de mortalitat en homes i dones. Barcelona, 2004 i 2009.



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.
Estandardització segons el mètode directe, població de referència el total de Barcelona el 2009.

Figura 16. Raó de mortalitat estandarditzada (RME) en homes i dones i índex de privació socioeconòmica en les seccions censals de Barcelona. Barcelona, 2002-2007.



Font: Projecte MEDEA: Desigualtats socioeconòmiques i mediambientals en mortalitat en àrees petites de ciutats de l'Estat espanyol i d'Europa (www.proyectomedea.org).



Monogràfics

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

65

Qui som

La situació demogràfica

La situació socioeconòmica

Les condicions de vida

La mobilitat en dia feiner

Com vivim

El medi ambient

L'aire

L'aigua

La seguretat i la higiene dels aliments

La vigilància i el control de plagues urbanes

Els comportaments

El consum de drogues

Els serveis sanitaris

L'atenció primària de salut

L'atenció a les urgències

L'atenció especialitzada hospitalària

L'atenció sociosanitària

L'atenció a la salut mental

L'atenció a les drogodependències

La prestació farmacèutica

Les accions en salut pública

La vigilància dels objectius del Pla de Salut

La nostra salut

La salut sexual i reproductiva

La tuberculosi

La infecció per VIH-sida

Les infeccions de transmissió sexual

Les lesions per col·lisions de trànsit

La salut laboral

La mortalitat

Monogràfics

L'ús de tecnologies entre els joves escolaritzats de Barcelona

Brot de xarampió i cobertura vacunal

Immigració i serveis sanitaris: la perspectiva dels usuaris i l'òptica dels professionals a la ciutat de Barcelona

La salut a Barcelona 2010 en xifres

L'ús de tecnologies entre els joves escolaritzats de Barcelona

66

La televisió i els videojocs interactius (d'ordinador i consola de joc) són recursos excel·lents per a l'educació i l'entreteniment dels infants i dels adolescents, però un excés de temps davant d'una pantalla pot arribar a tenir efectes negatius per a la salut. És convenient, per tant, controlar i limitar el temps que els joves passen davant de les pantalles. L'American Academy of Pediatrics (AAP) recomana evitar que els infants menors de dos anys estiguin davant d'una pantalla, i limitar a un màxim de 2 hores diàries el temps dedicat a estar davant d'una pantalla als majors de dos anys^{1,2}.

En els darrers anys s'han dut a terme diversos estudis, d'àmbit estatal i autonòmic, amb l'objectiu de conèixer la dedicació d'infants i joves a l'ús de tecnologies. Un estudi recent d'àmbit estatal mostra que el 97,6% dels nens i nenes espanyols/es mira la televisió i que més d'un 52% la mira més de 3 hores diàries³. Un altre estudi dut a terme a la comunitat autònoma de Cantàbria indica que els estudiants d'entre 14 i 18 anys dediquen una mitjana de 3,05 hores diàries a mirar la televisió en dies laborables i de 3,23 hores diàries els caps de setmana. Aquest mateix estudi també mostra que la mitjana d'hores diàries que els nois juguen amb la consola de joc és d'1,10 hores en dies laborables i d'1,69 hores els caps de setmana. Entre les noies les mitjanes observades són inferiors (0,31 i 0,52 hores, respectivament)⁴. A Catalunya, l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) de l'any 2006 mostra que el 34,5% i el 29,7% dels nens i nenes de 10 a 14 anys miren la televisió i/o juguen a jocs amb l'ordinador i/o la consola de joc 2 o més hores diàries⁵.

L'enquesta FRESC

L'enquestes sobre els factors de risc en escolars (FRESC) s'administra periòdicament des del 1987 a mostres representatives de les escoles d'educació secundària de Barcelona, amb l'objectiu de conèixer els comportaments i factors de risc relacionats amb la salut dels escolars de la ciutat. En l'enquesta es tracten temes diversos com el consum de tabac, l'alcohol i altres substàncies addictives, els hàbits alimentaris, la sexualitat i contracepció, els comportaments

relacionats amb les lesions per accidents i la seguretat vial, la violència, els estats d'ànim i el temps de lleure. No obstant això, no tots aquests temes han estat estudiats en totes les edicions, ja que l'enquesta ha anat evolucionant i adaptant-se per obtenir informació sobre nous problemes de salut i factors de risc.

Tenint en compte l'elevada prevalença d'adolescents que estan davant d'una pantalla més hores de les recomanades i amb l'objectiu de conèixer aquestes dades per a joves escolaritzats de Barcelona, en l'última edició de l'enquesta FRESC (curs 2007-2008) es van incorporar per primera vegada preguntes sobre el temps dedicat a activitats relacionades amb les pantalles (com ara mirar la televisió, jugar amb l'ordinador o amb la consola de joc) durant el temps de lleure, tant en dies laborables (de dilluns a divendres) com en els caps de setmana. En aquesta edició es va administrar l'enquesta a 1.202 estudiants de 2n d'Educació Secundària Obligatoria (ESO) (14 anys), 1.101 de 4t d'ESO (16 anys) i 786 de 2n de batxillerat i Cicles Formatius de Grau Mitjà (CFGM) (18 anys). La proporció de nois i noies a l'ESO era similar, mentre que a 2n de batxillerat i CFGM el 58% eren noies. L'edat mitjana era de 13,9 anys a 2n d'ESO, 16,0 anys a 4t d'ESO i 18,1 anys a 2n de batxillerat i CFGM. Un 80% estudiava en una escola de nivell socioeconòmic mitjà o alt i gairebé un 30% anava a una escola pública. Al voltant d'un 15% dels estudiants d'ESO i d'un 10% dels de 2n de batxillerat i CFGM havia nascut fora de l'Estat espanyol⁶.

Ús de tecnologies en dies laborables

Els resultats obtinguts el 2008 indiquen que gairebé tots els adolescents escolaritzats d'entre 14 i 18 anys miren la televisió almenys una estona en els dies laborables (de dilluns a divendres). Les figures 1a i 1b mostren la mitjana d'hores diàries que els nois i noies escolaritzats dediquen a mirar la televisió, jugar amb la consola de joc i jugar amb l'ordinador en dies laborables. En general, les hores diàries dedicades a alguna d'aquestes activitats sedentàries disminueix amb l'edat. Els nois de 2n i 4t d'ESO i de 2n de batxillerat i CFGM miren la televisió una mitjana de 2,2, 2,1 i 1,7 hores diàries, respectivament. Entre les noies, aquesta mitjana és igual o lleugerament superior als 3 cursos (2,2, 2,3 i 2,1 hores diàries, respectivament). Pel que fa a jugar amb la consola de joc i amb l'ordinador, els nois de 2n d'ESO juguen amb la consola de joc una mitjana d'1,0 hores, i aquesta mitjana és de 0,8 hores en nois de 4t d'ESO i de 0,5 hores a 2n de batxillerat i CFGM. Aquestes mitjanes són similars a les dels nois que juguen amb l'ordinador (1,1, 1,0 i 0,6 hores diàries). Tot i que les noies juguen més amb l'ordinador (0,8 hores diàries a 2n d'ESO, 0,4 hores a 4t d'ESO i 0,2 hores a 2n de batxillerat i CFGM) que amb la consola de joc (0,2, 0,1 i 0,1 hores, respectivament), la mitjana d'hores diàries destinades a aquestes activitats és inferior que la dels nois en totes les edats.

Si es té en compte el temps global dedicat a alguna de les activitats sedentàries, els nois de 2n d'ESO declaren mirar la televisió i/o jugar

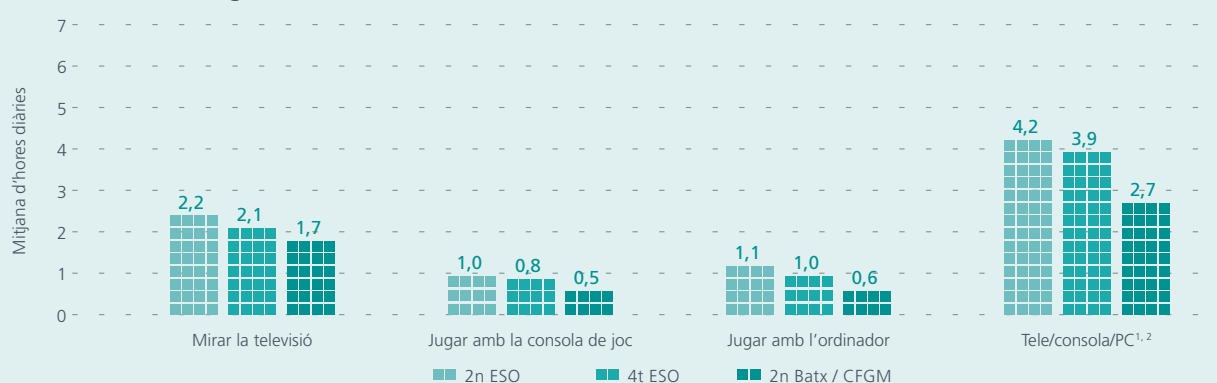
amb la consola de joc i/o amb l'ordinador una mitjana de 4,2 hores diàries. Aquesta mitjana disminueix en els cursos superiors (3,9 hores a 4t d'ESO i 2,7 hores a 2n de batxillerat i CFGM). Entre les noies, el temps emprat a la realització d'alguna d'aquestes activitats és lleugerament inferior en tots els cursos (3,1, 2,8 i 2,3 hores, respectivament) (vegeu les figures 1a i 1b). En general, s'observa una mitjana superior d'hores diàries dedicades a activitats sedentàries relacionades amb pantalles entre els escolars de nivell socioeconòmic (Escala de riquesa familiar,

Family Affluence Scale; FAS) més baix, independentment del curs i del sexe (excepte entre els nois de 4t d'ESO) (vegeu el quadre 1, pàgina 69).

Ús de tecnologies en caps de setmana

Tant en dies laborables com en els caps de setmana (dissabte i diumenge), els escolars miren la televisió i juguen amb la consola de joc o l'ordinador menys hores diàries a mesura que augmenta l'edat. La mitjana d'hores diàries que les noies miren la televisió en cap de setmana (3,1, 3,0 i 2,4 hores a 2n i 4t d'ESO i 2n de batxillerat i CFGM, respectivament) (vegeu la figura 2a, pàgina 68) és lleugerament superior o igual a la dels nois (3,0, 2,7 i 2,4 hores) (vegeu la figura

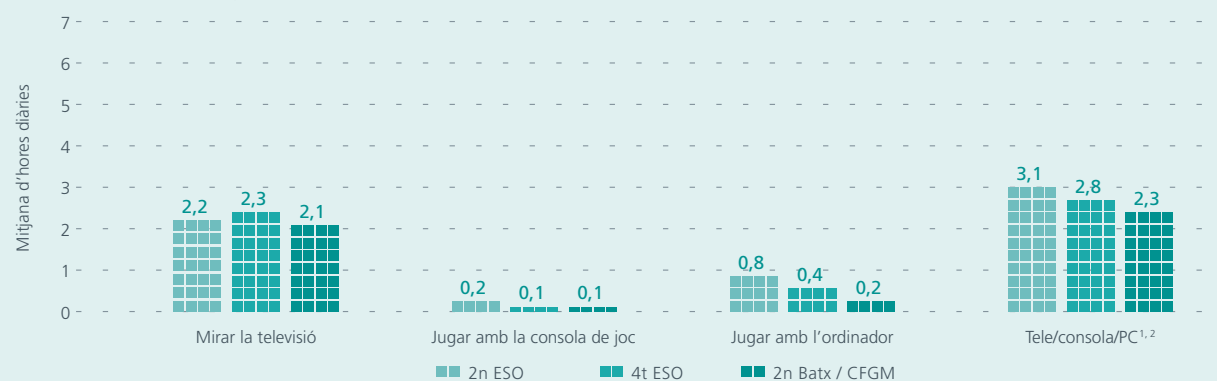
Figura 1a. Mitjana d'hores diàries dedicades a mirar la televisió, jugar amb la consola de joc i jugar amb l'ordinador en dies laborables segons el curs. Nois. Barcelona, 2008.



Font: Enquesta FRESC 2008 (factors de risc en escolars), Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹ Televisió/consola de joc/PC: mirar la televisió i/o jugar amb la consola de joc i/o amb l'ordinador. ² Els valors no corresponen exactament a la suma de les variables analitzades individualment perquè el percentatge de valors perduts no és el mateix en les diferents variables.

Figura 1b. Mitjana d'hores diàries dedicades a mirar la televisió, jugar amb la consola de joc i jugar amb l'ordinador en dies laborables segons el curs. Noies. Barcelona, 2008.



Font: Enquesta FRESC 2008 (factors de risc en escolars), Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹ Televisió/consola de joc/PC: mirar la televisió i/o jugar amb la consola de joc i/o amb l'ordinador. ² Els valors no corresponen exactament a la suma de les variables analitzades individualment perquè el percentatge de valors perduts no és el mateix en les diferents variables.

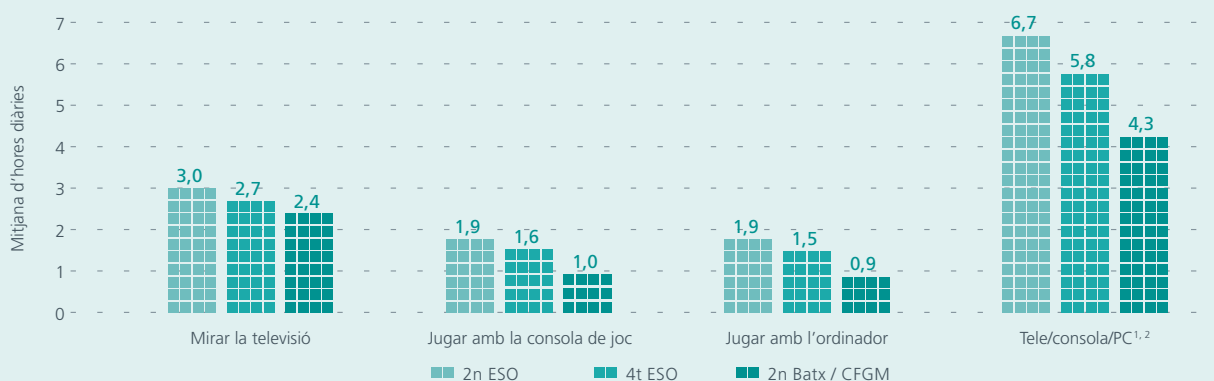
L'ús de tecnologies entre els joves escolaritzats de Barcelona

68

2b). En canvi, els nois juguen amb la consola de joc i/o amb l'ordinador més hores diàries que les noies. La mitjana d'hores diàries que els nois dediquen a jugar amb la consola de joc (1,9, 1,6 i 1,0 hores en els tres cursos) és lleugerament superior a la mitjana d'hores diàries que juguen a l'ordinador (1,9, 1,5 i 0,9 hores). Al contrari dels nois, les noies juguen més hores diàries amb l'ordinador (1,1, 0,8 i 0,3 hores) que amb la consola de joc (0,4, 0,4 i 0,2 hores).

Si es considera el temps global dedicat a qualsevol de les activitats esmentades, cal destacar l'elevat nombre d'hores diàries que els escolars dediquen a mirar la televisió i/o a jugar amb la consola de joc i/o l'ordinador en cap de setmana. Entre els nois, la mitjana d'hores diàries és de 6,7, 5,8 i 4,3 hores a 2n i 4t d'ESO i 2n de batxillerat i CFGM, mentre que entre les noies és de 4,5, 4,1 i 2,9 hores, respectivament (vegeu les figures 2a i 2b). De la mateixa manera que en dies laborables, en caps de setmana també s'observa una mitjana d'hores diàries superior en escolars de nivell socioeconòmic més baix (FAS) en ambdós sexes i tots els cursos, excepte entre les noies de 2n de batxillerat i CFGM, en què no s'observa un patró definit (vegeu el quadre 1, pàgina 69).

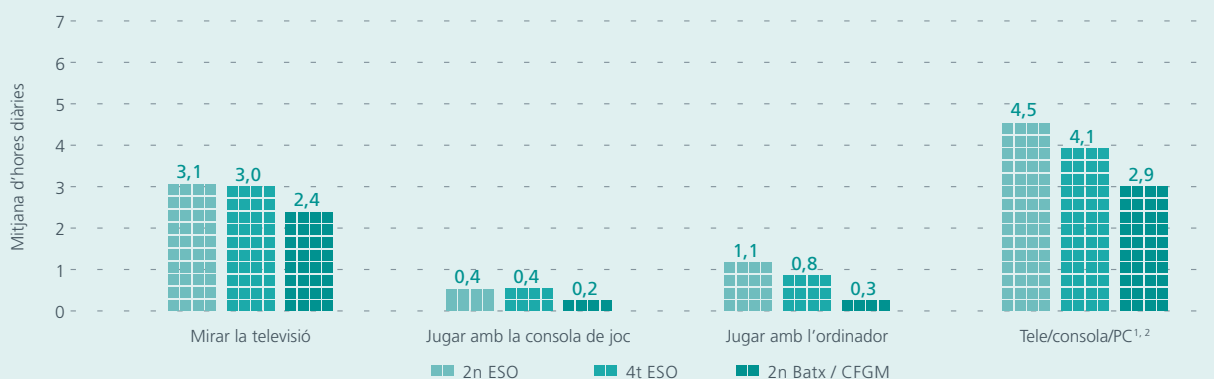
Figura 2a. Mitjana d'hores diàries dedicades a mirar la televisió, jugar amb la consola de joc i jugar amb l'ordinador en cap de setmana segons el curs. Nois. Barcelona, 2008.



Font: Enquesta FRESC 2008 (factors de risc en escolars), Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹ Televisió/consola de joc/PC: mirar la televisió i/o jugar amb la consola de joc i/o amb l'ordinador. ² Els valors no corresponen exactament a la suma de les variables analitzades individualment perquè el percentatge de valors perduts no és el mateix en les diferents variables.

Figura 2b. Mitjana d'hores diàries dedicades a mirar la televisió, jugar amb la consola de joc i jugar amb l'ordinador en cap de setmana segons el curs. Noies. Barcelona, 2008.



Font: Enquesta FRESC 2008 (factors de risc en escolars), Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹ Televisió/consola de joc/PC: mirar la televisió i/o jugar amb la consola de joc i/o amb l'ordinador. ² Els valors no corresponen exactament a la suma de les variables analitzades individualment perquè el percentatge de valors perduts no és el mateix en les diferents variables.

Quadre 1. Mitjana (desviació estàndard) d'hores diàries dedicades a mirar la televisió i/o jugar amb la consola de joc i/o amb l'ordinador segons el sexe, el curs i l'escala de riquesa familiar (FAS). Barcelona, 2008.

	FAS baix	Nois FAS mitjà	FAS alt	FAS baix	Noies FAS mitjà	FAS alt
Dies laborables						
2n ESO	6,00 (4,20)	4,08 (2,93)	3,95 (3,10) ¹	3,51 (2,35)	3,30 (2,24)	2,91 (2,27) ¹
4t ESO	4,61 (3,33)	3,82 (2,68)	3,77 (3,14)	3,63 (2,42)	2,80 (2,14)	2,62 (2,05) ¹
2n Batx/CFGM	3,08 (2,17)	2,81 (1,91)	2,59 (2,07)	2,71 (1,55)	2,32 (1,59)	2,27 (1,82)
Caps de setmana						
2n ESO	7,64 (4,55)	6,87 (3,84)	6,46 (3,92)	5,28 (2,94)	4,55 (2,81)	4,43 (2,72)
4t ESO	5,62 (3,83)	5,74 (3,31)	5,84 (3,89)	5,69 (3,53)	4,09 (2,79)	3,63 (2,54) ¹
2n Batx/CFGM	4,77 (3,59)	4,60 (2,93)	3,90 (2,91) ¹	2,77 (1,85)	3,01 (2,14)	2,82 (2,06)

Font: Enquesta FRESC 2008 (factors de risc en escolars), Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: ¹ Valor de *p* inferior a 0,05 en la prova de Kruskal-Wallis.

Conclusions

Els escolars entre 14 i 18 anys miren la televisió una mitjana d'aproximadament 2 hores diàries entre setmana. Els caps de setmana aquesta mitjana augmenta a 3 hores diàries a l'ESO i a 2,5 hores diàries a 2n de batxillerat i CFGM. Les noies juguen menys que els nois amb l'ordinador i, particularment, amb la consola de joc. En general, el temps dedicat a aquestes activitats minva amb l'edat i a mesura que augmenta el nivell socioeconòmic, i és força superior en els caps de setmana que en els dies laborables.

Els adolescents dediquen gran part del seu temps de lleure a activitats amb pantalla, i el temps emprat és superior al màxim de dues hores diàries recomanades. L'excés d'aquest tipus d'activitats pot reduir el temps dedicat a l'activitat física i, d'aquesta manera, pot comportar problemes de sobrepès i/o obesitat i altres malalties metabòliques o cardiovasculars. Així doncs, seria convenient dissenyar i iniciar intervencions per potenciar l'oci actiu i saludable, així com programes de promoció de l'activitat física i de reducció del temps d'ús de pantalla fins als nivells recomanats.

Referències bibliogràfiques

- 1 American Academy of Pediatrics. Policy Statement: children, adolescents and television. *Pediatrics*. 2001; 107(2):423-426.
- 2 Marshall SJ, Gorely T, Biddle SJ. A descriptive epidemiology of screen-based media use in youth: a review and critique. *J Adolesc*. 2006; 29(3):333-349.
- 3 Bofarull I. Infancia, televisión y familia 1. 2010 [accés 27 de juny de 2011]. Disponible a: <http://taconline.net/es/2010/05/infancia-television-y-familia-1/>.
- 4 Bercedo A, Redondo C, Pelayo R, Gómez Z, Hernández M, Cadenas N. Consumo de los medios de comunicación en la adolescencia. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 63(6):516-525.
- 5 Brugulat P, Mompart A, Medina A et al. La salut de la població infantil a Catalunya. Enquesta de salut a Catalunya. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2009.
- 6 Nebot M, Pérez A, Garcia-Continent X, Ariza C, Espelt A, Pasarín M et al. Informe FRESC 2008. Resultats principals. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2010.

Brot de xarampió i cobertura vacunal

70

Introducció

El xarampió és una malaltia altament contagiosa que pot ser potencialment greu i que disposa d'una vacuna molt segura i eficaç. Amb dues dosis de la vacuna, el 98% dels receptors desenvolupen una protecció contra la malaltia per a tota la vida¹. Aquesta malaltia tan sols afecta els éssers humans. Es tracta, doncs, d'una malaltia que potencialment pot ser eradicada². Un elevat nombre de països de la regió europea estan d'acord a treballar per arribar a l'eradicació d'aquesta malaltia l'any 2015³; des de l'ECDC (*European Center for Disease Prevention and Control*) es fa un seguiment estricte de la seva evolució als països de la Unió Europea i als de l'EEA/EFTA.

A Europa, l'any 2010 se n'han notificat més de 30.000 casos. Aquest nombre és cinc vegades superior a la mitjana anual dels casos notificats en els 5 anys anteriors. Durant els anys 2009-2010, el brot més important ha tingut lloc a Bulgària (amb més de 24.000 casos). Durant el primer semestre del 2011 ja s'han notificat a l'ECDC més de 21.000 casos, dels quals més de la meitat corresponen al brot que pateix França. Altres països que aquest any estan patint un augment considerable de casos són: Romania, Bèlgica, Suïssa, Dinamarca, Anglaterra, Itàlia

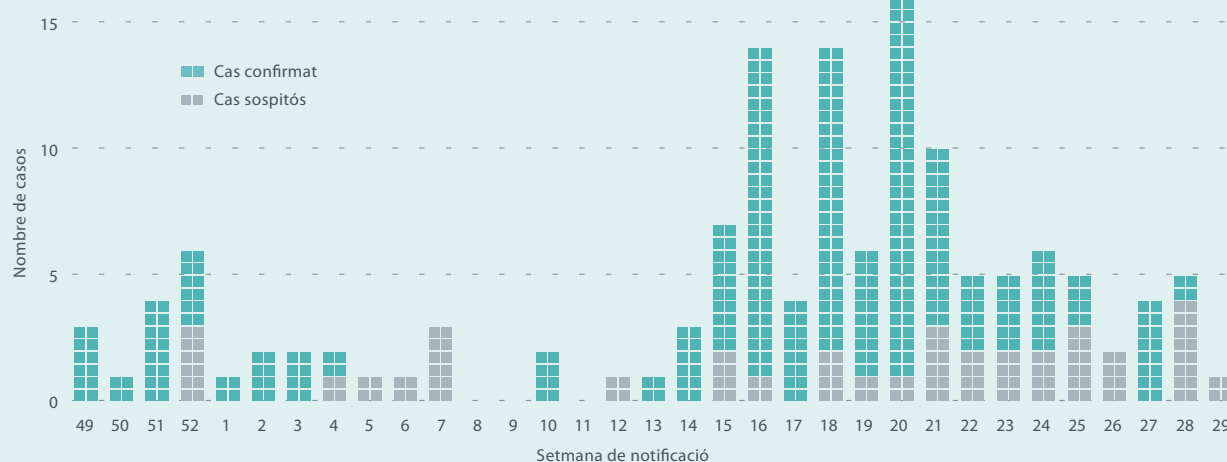
i l'Estat espanyol. Davant aquesta situació a Europa, l'ECDC reforça les indicacions de vacunació i el seguiment del calendari vacunal establert pel que fa la vacunació amb la vacuna triple vírica. Recomana especialment la vacunació en els ciutadans que tinguin previst anar a esdeveniments multitudinaris, com concerts, partits de futbol i, concretament, al Dia Mundial de la Joventut a Madrid l'agost del 2011.

A l'Estat espanyol⁴, fins mitjan de juny del 2011 s'han notificat 1.292 casos, i Andalusia, Catalunya i Madrid són les comunitats autònomes més afectades. A Catalunya, des de la segona setmana de novembre fins a mig juliol s'han confirmat 281 casos de xarampió, 254 dels quals en persones no vacunades (89,5%), 16 en persones vacunades amb una dosi i 11 en vacunades amb dues dosis. La meitat dels casos s'han donat en persones majors de 25 anys.

Situació a Barcelona

La incidència d'aquesta malaltia a la nostra ciutat és molt baixa (menys de 5 casos anuals). Tot i això, entre l'octubre de 2006 i el maig de 2007 es van notificar 348 casos de xarampió entre residents a la regió de Barcelona. La majoria d'afectats van ser infants que encara no estaven en edat de ser vacunats i la mediana d'edat va ser de 15 mesos⁵. Arran d'aquest brot a Catalunya es va avançar la indicació d'administració de la vacuna dels 15 als 12 mesos, per protegir abans els infants. Podem dir que el brot actual ha aparegut a la ciutat l'últim trimestre de 2010. Des del principi de novembre a zones properes a la ciutat, sobretot a la comarca del Vallès Occidental, han començat a aparèixer casos amb una incidència molt superior a l'habitual, la majoria dels quals en infants autòctons no vacunats i alguns importats de França. A la fi de juliol del 2011, a la ciutat de Barcelona se n'han notificat 174 casos,

Figura 1. Evolució temporal de la incidència de casos de xarampió per mesos. Barcelona, 2009-2011.



Font: Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

137 dels quals són casos o be sospitosos o be confirmats amb proves microbiològiques.

En la figura 1 (vegeu pàgina 70) es pot veure quina ha estat l'evolució temporal en la incidència de casos des del principi de desembre de 2010 fins a final de juliol de 2011. Podem observar que s'ha donat un primer pic en el nombre de casos a la fi de l'any 2010. Posteriorment, durant el primer trimestre del 2011, hi ha hagut un degoteig constant de casos, que tot i no ser gens habitual en aquesta malaltia cal dir que han estat pocs (1, 2 o com a màxim 3) casos per setmana. A partir de la primera setmana d'abril s'ha produït un augment important i sostingut en el nombre de notificacions de casos nous que s'ha mantingut durant uns dos mesos. Des del mes de juny l'aparició de nous casos ha anat disminuint, tot i que segueix essent més elevada de l'habitual pel que fa a aquesta malaltia. La incidència de la malaltia a la ciutat és de 6,18 per 100.000 habitants. La mediana d'edat dels casos és de 26 anys, amb un màxim de 51 i un mínim de 6 mesos. El percentil 25(P25) correspon a 6 anys, el P50 a 26 i el P75 a 35. La majoria dels casos (un 60%) tenen, doncs, menys de 30 anys, només 3 tenen més de 45 anys (un 45 i un mes, l'altre 49, i un altre 50). En total, 6 casos tenen menys d'un any i 25 i 49 casos tenen d'1 a 4, i de 5 a 30 anys, respectivament.

Pel que fa l'estat de vacunació dels malalts (vegeu la figura 2), es pot afirmar que dels 137

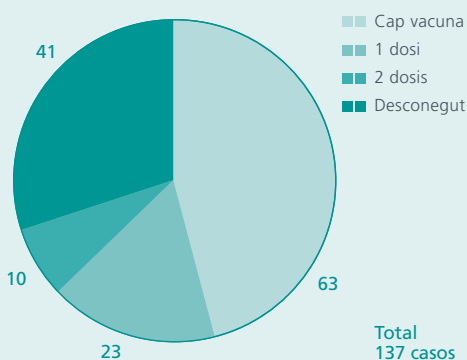
casos notificats a Barcelona un 45% (63 casos) refereix no haver-se vacunat i un 30% (41 casos) no coneix el seu estat pel que fa a la vacuna triple vírica. Un 7,3% (10 casos) afirma haver estat ben vacunat amb dues dosis i el 16,8% (23 casos) haver rebut una dosi de vacuna. En aquesta mateixa figura 2 es pot veure la distribució del nombre de vacunes. Quant a la distribució d'aquestes vacunes rebudes per grup d'edat (vegeu la figura 3), cal distingir diverses situacions: en el grup menor d'1 any gairebé la totalitat dels pacients no estaven vacunats; en el grup d'1 a 4 anys, la majoria dels casos (12/25) no estaven vacunats per convicció dels pares, i 10 estaven vacunats. En el grup de 5 a 30 anys, s'han detectat 20 detractors vacunals, 10 vacunats i en 19 dels casos no es va poder identificar si estaven vacunats o no. Del grup d'adults joves de 31 a 45 anys, la gran majoria referien no tenir cap vacuna posada (27) i un grup força gran (16) no va poder informar sobre el seu estat vacunal.

Pel que fa a la distribució geogràfica dels casos, en la figura 4 (vegeu pàgina 72) es mostra que n'hi ha hagut repartits per tota la ciutat. El districte que presenta un nombre més elevat de casos és el de Sants-Montjuïc (19 casos), xifra que correspon a una taxa d'incidència estandarditzada de 10,45 per 100.000 habitants; el següent districte amb major incidència és Ciutat Vella, amb 8,8 casos per 100.000 habitants, mentre que Horta-Guinardó i Nou Barris són els districtes amb menor taxa d'incidència, 3,5 i 2,8, respectivament.

Intervenció dels serveis de salut pública

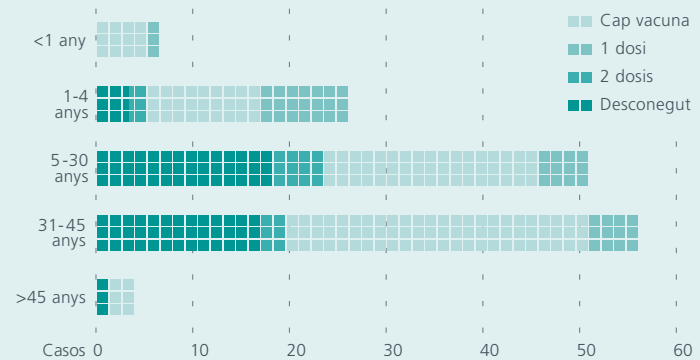
Normalment, la intervenció de control davant un cas de xarampió es fa quan aquest cas ja està confirmat, però en la situació de brot que estem vivint, s'actua immediatament davant una sospita clínica que encara no ha pogut ser confirmada. Les actuacions que es duen a terme són diverses i varien en funció del punt d'evolució de la malaltia en el moment en què el cas és notificat. Entre les mesures preventives

Figura 2. Estat de vacunació dels casos de xarampió. Barcelona 2010.



Font: Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 3. Distribució de les vacunes de xarampió per grups d'edat. Barcelona 2010.

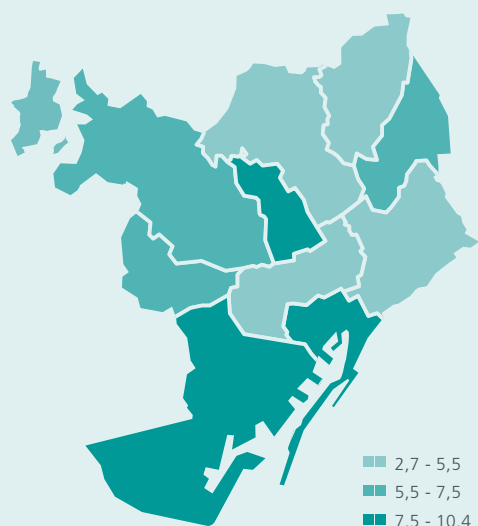


Font: Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Brot de xarampió i cobertura vacunal

72

Figura 4. Distribució territorial de la incidència de casos. Barcelona.



Font: Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Referències bibliogràfiques

- 1 Measles vaccines: WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec* 2009; Aug 28;84(35):349-60.
- 2 Hopkins DR, Hinman AR, Koplan JP, Lane JM. The case for global measles eradication. *Lancet* 1982; Jun 19;1(8286):1396-8.
- 3 Kreidl P. ECDC introduces European monthly measles monitoring. *Euro Surveill* 2011; Jul 14;16(28):19918.
- 4 Informe semanal relativo a las enfermedades de declaración obligatoria. España. Datos provisionales a 13/06/2011. Disponible a: http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/boletin_red/IS-110613-WEB.pdf. Consultat 17/08, 2011.
- 5 Torner N, Martínez A, Costa J, Mosquera M, Barrabeig I, Rovira A, et al. Measles outbreak in the Barcelona Region of Catalonia, Spain, October 2006 to February 2007. *Euro Surveill* 2007; Feb 22;12(2):E070222.2.
- 6 Downs JS, de Bruin WB, Fischhoff B. Parents' vaccination comprehension and decisions. *Vaccine* 2008; Mar 17;26(12):1595-607.

realitzades per frenar la transmissibilitat de la malaltia cal destacar: l'aïllament dels casos quan són transmissors, la prevenció de l'aparició de casos entre contactes familiars (vacunar o donar immunoglobulina si el contacte és especialment vulnerable de complicacions), la prevenció d'aparició de més casos en la comunitat (vacunacions en escoles bressol, escoles, companys propers en oficines, companys d'activitats amb contacte estret i valorar immunoglobulina en contactes més vulnerables), i la vacunació dels professionals sanitaris.

Conclusions

Tot i que el 2010 no es pot donar el brot per tancat, sí que es pot dir que sembla que el pic de màxima incidència ha passat i que cal esperar que en els propers mesos la situació es normalitzi i torni a donar-se una incidència gairebé nul·la durant la major part dels mesos de l'any. Malgrat això, no es pot descartar un nou augment de la incidència a causa d'una major transmissió en la represa de l'activitat postestival a les escoles i universitats o en altres punts que afavoreixin la transmissió entre persones; per tant, cal dir que tot i que la situació actual és optimista, s'ha d'insistir en una bona protecció dels barcelonins.

A Barcelona s'ha vist un rebrot d'aquesta malaltia. Aquesta mateixa situació s'està donant a la majoria de ciutats europees i, sobretot, a la resta de l'Estat espanyol. En gran part, aquesta situació és el resultat d'un nombre cada cop més nombrós de persones que no volen administrar la vacuna als seus fills i, per tant, els fills resten vulnerables a la infecció i es converteixen en transmissors⁶. També hi ha tot un grup de persones que no han estat immunitzades per haver nascut abans de la introducció de la vacuna triple vírica o contra el xarampió en el calendari vacunal (majors de 30 anys), però que tampoc han tingut contacte amb el virus salvatge perquè han viscut tota la seva vida en ambients on la circulació del virus era mínima o inexistent (menys de 45 anys)⁵. Aquests dos grups són, doncs, els que permeten que una vegada entrat el virus a la ciutat, es vagi transmetent i vagi provocant infeccions.

Cal tenir en compte que, per tal de minimitzar l'impacte d'aquesta malaltia, s'ha de protegir aquests dos grups de gent mitjançant la vacunació. Durant el brot a Barcelona, s'ha actuat amb aquest objectiu sobre els contactes dels malalts. En situació de brot la gent és més sensible a la vacunació, ja que davant l'aparició de casos la percepció de risc augmenta i molta gent que prèviament no havia considerat necessària la vacuna accedeix a vacunar els fills i les filles.

És important seguir treballant en el control d'aquesta malaltia. Per una banda, conèixer l'impacte que té duent a terme una confirmació microbiològica i, de l'altra, amb un seguiment de la malaltia. Cal treballar activament i ràpidament en les recomanacions de prevenció i control, que són les funcions bàsiques de salut pública a la ciutat.

Immigració i serveis sanitaris: la perspectiva dels usuaris i l'òptica dels professionals a la ciutat de Barcelona

Introducció

L'increment de població d'origen estranger a Barcelona ha transformat la realitat social i ha generat nous reptes i noves necessitats que afecten els diferents pilars en què es recolza l'estat del benestar (educació, mercat de treball, habitatge, salut, etc). Per tant, des de l'àmbit de la salut, cal identificar i posteriorment donar les respostes adients als reptes i les necessitats que han sorgit en l'atenció a aquests col·lectius¹.

Amb la finalitat d'identificar els principals problemes amb què es troben els professionals i els diferents col·lectius immigrants en l'accés als serveis sanitaris, s'ha realitzat a Barcelona un estudi qualitatiu, descriptiu i fenomenològic. Entre els períodes 2007-2008 s'ha dut a terme la primera part d'aquest estudi per tal de conèixer l'òptica dels professionals^{2,3} i, entre el període 2010-2011, la segona part, en què es proposa copsar quina és la percepció que tenen els usuaris immigrants de quatre col·lectius determinats (els equatorians, els xinesos, els marroquins i els pakistanesos) sobre el sistema de salut i la seva relació amb els serveis sanitaris, a més de comparar aquestes percepcions amb les de la població autòctona.

Objectius i metodologia

Els objectius d'aquests estudis són conèixer com accedeixen als serveis sanitaris els pacients d'origen estranger, recollir les necessitats percebudes per part dels professionals de la salut en l'atenció a aquests col·lectius d'origen estranger i identificar els principals problemes que troben els diferents col·lectius d'origen estranger en l'accés als serveis sanitaris. També conèixer l'opinió i la valoració que fan els usuaris de nacionalitat estrangera dels diferents serveis sanitaris del sistema sanitari d'acollida i, finalment, detectar quins són els principals elements facilitadors i els principals obstacles que troben en la seva relació amb els professionals sanitaris els usuaris de nacionalitat estrangera.

La metodologia emprada ha estat una metodologia qualitativa mitjançant la realització de grups de discussió, grups de discussió reduïts

i entrevistes individuals en profunditat analitzades mitjançant l'anàlisi narrativa del contingut.

En els estudis han participat 73 professionals sanitaris d'atenció primària i d'atenció hospitalària amb diferents perfils professionals, 8 mediadors culturals i 90 usuaris, 75 dels quals eren de nacionalitat estrangera i 15 de nacionalitat espanyola.

Condicions de vida dels col·lectius d'origen estranger

L'estudi efectuat des de la perspectiva dels professionals de la salut ha posat de manifest que la majoria de professionals sanitaris (metges, metgesses, i professionals de la enfermeria) de tots els centres de salut estudiats (atenció primària, atenció especialitzada i salut mental), a excepció dels professionals de salut mental, coincideixen a apuntar un augment molt important de pacients de nacionalitat estrangera en les diferents consultes mèdiques a partir de l'any 2000 i en endavant^{2,3}.

D'altra banda, en els discursos de les persones usuàries entrevistades s'ha pogut copsar que les condicions de vida en què viuen a Barcelona moltes d'elles són força precàries^{4,5}, entre les quals destaquen unes condicions laborals dures amb contractacions precàries, dificultats d'inserció social i uns habitatges que, en molts casos, no es troben en bon estat. A més, s'ha pogut detectar que la crisi econòmica ha afectat de ple el segment del mercat de treball on majoritàriament s'insereixen bona part dels membres d'aquests col·lectius (a excepció dels xinesos). Els professionals sanitaris també assenyalen les dificultats socials i la precarietat econòmica en què viuen aquests col·lectius. Alguns afegeixen, a més, que aquestes condicions descrites afectaven la salut d'aquests ciutadans, tot i que no ha estat una opinió generalitzada. On la majoria de professionals estaven d'acord, però, era que, en cas de contraure una malaltia, els usuaris de nacionalitat estrangera tenien majors dificultats que els autòctons per fer-li front com a conseqüència d'aquesta situació precària en què viuen molts d'ells.

D'aquestes informacions es desprèn que molts ciutadans de nacionalitat estrangera, sobretot als inicis del seu assentament i per les esmentades condicions de vida difícils, tenen prioritats, com la feina, que passen per davant de la salut, sempre que la salut no els impedeixi treballar.

Coneixement i accés als serveis sanitaris

Pel que fa al coneixement del funcionament del sistema sanitari entre la població de nacionalitat estrangera, molts professionals sanitaris (majoritàriament els qui treballen en hospitals) asseguren que la majoria d'usuaris estrangers no en coneixen bé el funcionament. Els usuaris, a excepció dels xinesos, asseguren que tenen un bon coneixement del funcionament de la majoria de serveis sanitaris. Aprofundint-hi una mica, però, s'ha observat que el coneixement que tenen la majoria de persones dels diferents col·lectius es basa, principalment, en

Immigració i serveis sanitaris: la perspectiva dels usuaris i l'òptica dels professionals a la ciutat de Barcelona

74

l'experiència que altres compatriotes que fa més temps que viuen a Barcelona tenen de l'accés al sistema sanitari. Hem pogut copsar que la informació institucional del funcionament del sistema no arriba amb claredat als usuaris de nacionalitat estrangera^{6,7}.

Pel que fa a l'accés als serveis sanitaris, els professionals de la salut no tenen la percepció de l'existència de dificultats per part de la població de nacionalitat estrangera per efectuar aquest accés. El fet que per obtenir la targeta sanitària individual només sigui necessari l'empadronament, que als serveis d'urgències l'accés sigui universal i que fins i tot alguns serveis sanitaris disposin de mediadors culturals, són arguments suficients que reforcen aquesta percepció de facilitat d'accés.

Els mateixos professionals, però, per explicar l'accés tardà als serveis sanitaris quan la malaltia es troba en un estat avançat, o les dificultats que tenen alguns pacients estrangers per realitzar la continuïtat assistencial, fan esment a les dificultats d'inserció social, a la situació econòmica i laboral, així com a la cultura sanitària d'origen d'aquests col·lectius^{2,3}.

Des de l'òptica dels usuaris, hem detectat força obstacles que dificulten l'accés als serveis sanitaris d'acollida. Aquests obstacles els hem organitzat en quatre grans grups: els obstacles individuals, els obstacles comunitaris, els obstacles institucionals i els obstacles institucionals i professionals. Els obstacles individuals^{8,9} fan referència a variables com el sexe, l'edat, el nivell d'estudis, els anys viscuts a Barcelona, la situació administrativa en destí o la situació familiar en destí.

Els obstacles comunitaris més importants detectats són la llengua, les condicions laborals en destí, les relacions de gènere, la religió o els sistemes sanitaris de referència, així com alguns altres obstacles d'índole cultural (per exemple, la concepció entorn de la salut mental o la salut sexual i reproductiva)⁸⁻¹¹.

Els principals obstacles institucionals detectats han estat el temps que cal esperar per accedir a una visita amb el metge de família i o als metges

especialistes, els horaris dels centres d'atenció primària o el circuit que s'ha de seguir, un cop dins el sistema.

En darrer terme, hem observat que existeixen també uns obstacles que dificulten l'accés als serveis sanitaris i que fan referència a les actituds d'alguns professionals sanitaris. Tots els usuaris de nacionalitat estrangera s'han sentit, en alguna ocasió, discriminats pel tracte rebut per part d'algun professional. La majoria d'usuaris, però, s'afanyen a indicar que aquestes situacions són puntuals i que, en cap cas, consideren el sistema sanitari com a xenòfob.

Una darrera apreciació pel que fa a l'accés als serveis sanitaris és que els professionals sanitaris identificaven diferències en l'accés segons l'origen del pacient. Aquesta percepció s'ha confirmat mitjançant l'estudi realitzat des de la perspectiva dels usuaris, ja que s'han trobat diferències importants en la relació que estableix cada col·lectiu amb els serveis sanitaris. Així, per exemple, els equatorians, pel fet de parlar castellà, tenen moltes facilitats en l'accés als serveis sanitaris, però, en canvi, són molt demandants de recursos (la qual cosa també ha estat confirmada pels professionals). A la inversa, trobem que el col·lectiu xinès presenta moltes dificultats per comunicar-se en destí, accedeix relativament poc als serveis sanitaris i fa ús habitual de la medicina tradicional xinesa.

Entre el col·lectiu pakistanès hem observat diferències pel que fa a la relació amb els serveis sanitaris segons el sexe. Les dones pakistaneses tenen un rol secundari en la societat pakistanesa i això condiciona el seu accés als serveis sanitaris, ja que habitualment van acompanyades dels seus marits. Entre el col·lectiu marroquí hem detectat, per exemple, diferències segons el nivell d'estudis o la procedència rural o urbana de les persones d'aquest origen. Tenir un nivell d'estudis elevat i ser d'origen urbà, doncs, facilita l'aprenentatge de la llengua i permet un accés als serveis sanitaris més proper a l'establert pel sistema.

La porta d'entrada als serveis sanitaris i l'ús habitual d'urgències

La majoria de professionals sanitaris (sobretot els qui treballen en hospitals) consideren que els serveis d'urgències són la principal porta d'entrada als serveis sanitaris dels usuaris de la majoria de col·lectius de nacionalitat estrangera.

Gràcies als discursos de bona part dels usuaris de nacionalitat estrangera estudiats, es pot apuntar que la principal porta d'entrada als serveis sanitaris és, a diferència del que indicaven els professionals, el centre d'atenció primària. El fet que tots els col·lectius estudiats, a excepció dels xinesos, tramitin ben aviat la targeta sanitària individual, un cop arribats a la ciutat, explica que el centre d'atenció primària esdevingui, en molts casos, la porta d'entrada als serveis sanitaris d'aquests col·lectius. Pel que fa al col·lectiu xinès, hem pogut determinar que el primer contacte que tenen força ciutadans amb els serveis sanitaris és la farmàcia quan han esgotat les seves medecines orientals.

La recerca efectuada, tant des del punt de vista dels professionals com des de la perspectiva dels usuaris, corrobora un accés habitual als serveis d'urgències per part d'aquests col·lectius. Les característiques pròpies d'aquest servei fan que molts ciutadans de nacionalitat estrangera en facin un ús, en molts casos, inapropiat¹². Com que els serveis d'urgències estan oberts les 24 hores del dia, no és necessària una cita prèvia i la visita mèdica es duu a terme el mateix dia, molts ciutadans conceben aquest servei com el més ràpid pel que fa a l'atenció i el més fàcil d'accedir pel que fa als tràmits. A més, és el servei que més s'aproxima al funcionament dels serveis sanitaris d'origen de les principals nacionalitats

estrangeres estudiades.

Aquest accés majoritari als serveis d'urgències de gairebé tots els col·lectius és un indicador, també, que la major part d'usuaris de nacionalitat estrangera conceben el sistema sanitari com un espai on guarir els problemes de salut, però, en general, aquests usuaris no tenen incorporat el valor de prevenció sanitària¹³. L'únic moment d'intersecció entre curació i prevenció s'ha observat d'una manera més o menys incipient en els serveis de ginecologia i obstetrícia, quan les mediadores culturals aconseguixen implicar les dones del seu col·lectiu en les revisions ginecològiques i de l'embaràs. S'ha vist que la majoria de dones de tots quatre col·lectius en molts casos no havien efectuat mai cap revisió ginecològica en origen, però el fet que accedeixin als serveis sanitaris com a conseqüència d'un embaràs és aprofitat per involucrar-les en la prevenció sanitària.

Finalment, hem observat que aquest accés habitual als serveis

Quadre 1. Percepcions dels professionals i les persones usuàries pel que fa a l'accés als serveis sanitaris de la població de nacionalitat estrangera. Barcelona, 2008-2010.

Percepció dels professionals	Facilitat en l'accés als serveis sanitaris
	CU: «Bé, normalment s'empadronen, i llavors, en empadronar-se se'ls dona la targeta sanitària de CatSalut.» CP: «[...] i s'estan empadronant sense domicili fix, o sigui que més fàcil que això, ja...» (Cap d'atenció a l'usuari i coordinador de primària). «[...] jo penso que no hi ha barrera [...] Si no parlen ni català ni espanyol facilitem un mediador cultural que parla el seu idioma. De fet, posem més facilitats encara perquè no tinguin cap barrera d'accés a l'hospital[...]» (Cap d'un servei d'urgències hospitalàries).
Percepció de les i els usuaris	Obstacles comunitaris en l'accés als serveis sanitaris
	La llengua: «Hace años que estoy aquí viviendo en España, pero me cuesta mucho el idioma. Aunque hace muchos años que estoy viviendo aquí, no hablo bien ni el castellano ni el catalán, entonces, cuando tiene que acceder al sistema sanitario...eh...primero no entiende bien, y muchas veces para expresar no encuentra la manera para decir al médico. Al final parece un retrasado.»(Home xinès). Les condicions laborals en destí: «Yo tengo problemas con un ojo y me dieron cita para casi los nueve meses y justo esos días estuve trabajando y no pude ir. Luego hablé y casi me dieron para un año más.».(Home equatorià) L'experiència en l'accés als serveis sanitaris d'origen: «Otro tema es la falta de educación... no la falta sino la educación diferente que tienen estas personas. Están acostumbradas a otra forma de acceso y piensan que en todas partes es así.» (Mediadora marroquina) Relacions de gènere: «Pero muchas mujeres no hablamos castellano, ¿sabes? Entonces siempre voy (al metge) con marido, siempre...» (Dona pakistanesa) Distància cultural: L'atenció ginecològica: «No lo están utilizando por el hecho de ser un hombre. Siempre prefieren irse a urgencias, donde van para encontrar una mujer, de gine...» (Mediadora pakistanesa) La salut mental: «Si vas al psicólogo, muy problema, la gente casi no habla nada...» E: «¿Es un tema tabú?» «Si ventana está cerrada, nosotros no puedes entrar.» (Representant xinesa)

Font: Elaboració pròpia. Direcció de Planificació, Compra i Avaluació (CatSalut).

Immigració i serveis sanitaris: la perspectiva dels usuaris i l'òptica dels professionals a la ciutat de Barcelona

76

d'urgències és també efectuat per alguns usuaris de nacionalitat espanyola, que conceben aquest servei d'una manera similar a la descrita pels usuaris estrangers: immediatesa en l'atenció sense la necessitat de sol·licitar una cita. Val a dir, però, que en les entrevistes realitzades als usuaris de nacionalitat espanyola, aquests fan referència a la sobreutilització del servei i asseguren accedir als serveis d'urgències només en cas de necessitat i no pas com a servei sanitari habitual.

Dificultats en l'atenció mèdica per part dels professionals

La principal dificultat que troben els professionals de la salut per atendre els pacients d'origen estranger és la comunicació quan usuaris i professionals no parlen la mateixa llengua i, per tant, la comunicació entre els uns i els altres és deficitària. I, en aquest sentit, el col·lectiu xinès és el col·lectiu assenyalat per la majoria de professionals sanitaris com el que presenta majors dificultats per ser atès. En conseqüència, el recurs més demandat i més valorat per part dels professionals sanitaris per facilitar l'atenció de pacients de nacionalitat estrangera és la mediació cultural^{2,14}.

La proposta que hi hagi la figura d'un mediador cultural és també una de les demandes principals efectuades pels ciutadans xinesos, pakistanesos i marroquins, ja que per a la majoria d'ells el fet que hi hagi al centre de salut una persona de la seva nacionalitat que els pugui fer d'interpret, i, a més, els pugui orientar en tot allò relacionat amb la salut i l'ús dels serveis sanitaris en destí, facilita molt l'accés d'aquests col·lectius al sistema.

Valoració dels serveis sanitaris

En general, les valoracions que fan la majoria de les persones entrevistades dels quatre col·lectius estudiats vers el sistema sanitari d'acollida són valoracions molt positives^{6,11}. El sistema sanitari d'acollida surt, en la comparació respecte dels diferents sistemes sanitaris d'origen, molt ben valorat.

A grans trets, les característiques del sistema sanitari català que, per damunt de tot, valoren els

usuaris dels quatre col·lectius estrangers estudiats són: d'una banda, la gratuïtat en l'accés als diferents serveis sanitaris, en contraposició als costos econòmics que suposa l'accés als sistemes sanitaris d'origen. En la mateixa línia, també es valora molt positivament el fet que el sistema sanitari català sigui d'accés universal. Es considera un punt fort del sistema el fet que, per exemple, una persona amb situació irregular pugui ser atesa davant una urgència mèdica en comparació de l'exclusivitat d'accés dels serveis sanitaris de referència. Una tercera característica del sistema sanitari d'acollida molt ben valorada pels diferents col·lectius estudiats és la igualtat en l'accés que garanteix el sistema sanitari català; és a dir que, per exemple, als serveis d'urgències hospitalàries es respecten els torns de visita segons dos criteris, la gravetat del problema i, en segon terme, l'ordre cronològic d'arribada al servei, la qual cosa tampoc succeeix en origen.

Conclusions

- + La investigació evidencia, tant des del punt de vista dels professionals com des de la perspectiva dels usuaris, que la variable dicotòmica estranger/autòcton és massa imprecisa per estudiar l'accés i l'ús dels serveis sanitaris dels diferents col·lectius de nacionalitat estrangera a Barcelona, ja que els col·lectius són molt heterogenis segons l'origen i també són molt heterogenis internament.
- + La presència de mediació als centres de salut és una demanda compartida per professionals i usuaris, per facilitar la comunicació entre professionals i pacients així com reduir la distància cultural que hi pugui haver entre ells.
- + La salut de la majoria dels col·lectius d'origen estranger no és una de les prioritats principals en destí, excepte si els impedeix treballar. A mesura que aquests ciutadans fa més temps que viuen a Barcelona i han pogut reagrupar la família, el comportament davant la malaltia i la relació que s'estableix vers els serveis sanitaris és més propera a l'establerta pel sistema.
- + El sistema sanitari és concebut pels usuaris estrangers únicament en clau d'ajut o auxili, com un espai de curació, però en cap cas de prevenció i manteniment de la salut.
- + Tot i que majoritàriament, segons els usuaris, la porta d'entrada als serveis sanitaris és el centre d'atenció primària, el servei més utilitzat és el servei d'urgències hospitalàries: no cal cita prèvia i l'atenció és el mateix dia.
- + La valoració que efectuen els col·lectius d'origen estranger estudiats del sistema sanitari d'acollida és, en línies generals, molt positiva, sobretot en la comparació vers els serveis sanitaris d'origen. La gratuïtat i la universalitat del sistema són els dos aspectes millor valorats per aquests ciutadans.
- + La majoria de ciutadans de totes quatre nacionalitats estudiades asseguren haver-se sentit, en alguna ocasió, discriminats pel fet de

ser immigrants en l'accés als serveis sanitaris. Els usuaris entrevistats asseguren, alhora, que no és una situació habitual i atribueixen aquestes actituds als individus, en cap cas al sistema.

Les dificultats i les desigualtats en l'accés i l'ús dels serveis sanitaris per part dels diferents col·lectius de nacionalitat estrangera són, en

qualsevol cas, la concreció d'una evident situació de desigualtat social i manca d'integració social que va molt més enllà de l'àmbit de la salut.

Referències bibliogràfiques

- 1 Pla director d'immigració en l'àmbit de la salut. Barcelona: Direcció de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2006.
- 2 Llosada J, Vallverdú I, Miró M, Pijem C, Guarga A. El acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. *Aten Primaria* 2011. doi:10.1016/j.aprim.2010.11.01.
- 3 Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut de la població immigrant de Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2008.
- 4 García Gómez P. Estat de salut i condicionants de la utilització dels serveis sanitaris dels immigrants a Catalunya. Barcelona: Centre de Recerca en Economia i Salut. Universitat Pompeu Fabra, 2007.
- 5 Porthé V, Ahonen E, Vázquez ML, Vives A, Benavides F, Benach J. Les característiques de la precarietat laboral i la relació que té amb la salut de les persones immigrades. A: Recerca i Immigració II. Convocatòria d'ajuts 2006. Col·lecció Ciutadania i Immigració, núm. 4. Barcelona: Secretaria per a la Immigració. Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya; 2009.
- 6 Terraza-Núñez R, Toledo D, Vargas I, Vázquez ML. Perception of the Ecuadorian population living in Barcelona regarding access to health services. *Int J Public Health* 2010; 55(5):381-390.
- 7 Berra S, Elorza Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2004.
- 8 Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract*. 2006;23:325—348.
- 9 Rivera B, Casal B, Cantarero D, Pascual M. Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles. Informe SESPAS 2008. *Gac. Sanit* 2008;22 (Supl 1):86-95.
- 10 Almagro MJ, Rojas MJ, Guix J, Garreta S, Ribot B, Arija V. Percepción del sistema sanitario catalán de la población marroquí. *Creencias sobre salud y enfermedad. Aten Primaria*. 2010;42(5):266-272.
- 11 Vázquez ML, Terraza R, Vargas I. Atenció a la salut dels immigrants: necessitats sentides pel personal responsable. Barcelona: Pla director d'immigració, Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2007. Disponible a: www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2050/doc12647.html.
- 12 Instituto de Salud Pública. Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante. Documentos Técnicos de Salud Pública 91. Madrid: Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo, 2004.
- 13 Pasarín M, Fernández de Sanmamed MJ, Calafell J, Borrell C, Rodríguez D, Campasol E, Torné E, Torras MG, Guarga A, Plasència A. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. *Gac Sanit*. 2006;20(2):91-100.
- 14 Vázquez ML, Terraza R, Vargas I, Lizana T. Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. *Gac Sanit*. 2009;23(5):396-402.



La salut a Barcelona 2010 en xifres

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

79

Qui som

La situació demogràfica

La situació socioeconòmica

Les condicions de vida

La mobilitat en dia feiner

Com vivim

El medi ambient

L'aire

L'aigua

La seguretat i la higiene dels aliments

La vigilància i el control de plagues urbanes

Els comportaments

El consum de drogues

Els serveis sanitaris

L'atenció primària de salut

L'atenció a les urgències

L'atenció especialitzada hospitalària

L'atenció sociosanitària

L'atenció a la salut mental

L'atenció a les drogodependències

La prestació farmacèutica

Les accions en salut pública

La vigilància dels objectius del Pla de Salut

La nostra salut

La salut sexual i reproductiva

La tuberculosi

La infecció per VIH-sida

Les infeccions de transmissió sexual

Les lesions per col·lisions de trànsit

La salut laboral

La mortalitat

Monogràfics

L'ús de tecnologies entre els joves escolaritzats de Barcelona

Brot de xarampió i cobertura vacunal

Immigració i serveis sanitaris: la perspectiva dels usuaris i l'òptica dels professionals a la ciutat de Barcelona

La salut a Barcelona 2010 en xifres

Qui som

80

Taula 1. Evolució de la població i indicadors sociodemogràfics. Barcelona, 1991-2010.

1991				2001		2009		2010		
Població										
0-14 anys	Homes	121.726	15,7%	88.592	12,6%	100.116	12,8%	101.622	13,3%	
	Dones	115.104	13,3%	84.543	10,6%	95.303	11,1%	96.523	11,3%	
15-44 anys	Homes	352.714	45,5%	317.954	45,1%	361.056	46,2%	343.682	44,8%	
	Dones	356.504	41,1%	318.161	39,8%	343.866	40,1%	336.871	39,5%	
45-64 anys	Homes	193.872	25,0%	172.202	24,4%	190.115	24,3%	190.207	24,8%	
	Dones	218.143	25,1%	196.389	24,6%	215.576	25,2%	216.074	25,4%	
65-74 anys	Homes	68.244	8,8%	74.974	10,6%	66.382	8,5%	66.493	8,7%	
	Dones	97.166	11,2%	99.508	12,5%	84.019	9,8%	84.192	9,9%	
75 anys o més	Homes	39.432	5,1%	51.502	7,3%	63.843	8,2%	64.854	8,5%	
	Dones	80.639	9,3%	100.059	12,5%	117.827	13,8%	118.408	13,9%	
Total	Homes	775.988	100%	705.224	100%	781.512	100%	766.858	100%	
	Dones	867.554	100%	798.660	100%	856.591	100%	852.068	100%	
Índex de dependència senil¹	Homes		19,7%		25,8%		23,6%		24,6%	
	Dones		30,9%		38,8%		36,1%		36,6%	
Índex de sobreenvelliment²	Homes		36,6%		29,6%		49,0%		49,4%	
	Dones		45,3%		50,1%		58,4%		58,4%	
Gent gran que viu sola	65-74 anys	Homes	4.518	6,6%		ND	7.709	11,6%	8.042	12,1%
		Dones	23.015	23,7%		ND	19.950	23,7%	20.141	23,9%
	75-84 anys	Homes	3.277	10,0%		ND	7.090	14,2%	7.220	14,4%
		Dones	18.580	30,1%		ND	31.343	38,5%	31.116	38,4%
	85 anys o més	Homes	827	12,3%		ND	2.960	21,3%	3.191	21,8%
		Dones	3.837	20,2%		ND	15.140	41,6%	15.893	42,5%
Nivell d'instrucció³										
Sense estudis	Homes		20,5%		11,7%		10,5%		11,0%	
	Dones		29,6%		17,5%		13,7%		13,6%	
Estudis primaris	Homes		28,2%		26,9%		22,7%		21,4%	
	Dones		30,1%		29,4%		23,8%		22,9%	
Estudis secundaris	Homes		16,3%		18,7%		18,9%		18,9%	
	Dones		15,0%		17,5%		18,1%		18,1%	
Batxillerat i FP II	Homes		21,4%		24,6%		25,5%		25,0%	
	Dones		15,5%		19,5%		22,0%		21,4%	
Universitaris	Homes		12,8%		17,7%		22,2%		23,6%	
	Dones		9,3%		15,7%		22,3%		23,9%	
No consta	Homes		0,8%		0,4%		0,1%		0,1%	
	Dones		0,5%		0,5%		0,1%		0,1%	
Població nascuda a l'estranger		38.259	2,3%	124.926	8,3%	356.418	21,8%	341.109	21,1%	

Font: Cens de població de l'any 1991 i 2001, i lectura del padró continu dels anys 2009 i 2010. Ajuntament de Barcelona.

Notes: ND: No disponible. ¹ L'índex de dependència senil indica la proporció que representen els pensionistes sobre el total de persones en edat de treballar. Es calcula amb la fórmula següent: (persones de 65 anys i més/ persones entre 15 i 64 anys) x 100. ² L'índex de sobreenvelliment indica la proporció de persones de 75 anys i més sobre el col·lectiu de 65 anys i més. Es calcula amb la fórmula següent: (persones de 75 anys i més/ persones de 65 anys i més) x 100 habitants. ³ Nivell d'instrucció en persones de 16 anys i més.

Com vivim

Taula 1. Indicadors de serveis sanitaris. Barcelona, 2003-2010.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Atenció Primària de Salut								
Visites per habitant i any	4,9	5,4	5,7	5,6	5,6	5,4	5,8	5,4
Cobertura vacunació antigripal en persones de 60 anys o més (>64 anys abans del 2003)	53,3%	51,3%	54,2%	55,7%	51,2%	51,5%	53,2%	47,8%
Cobertura del programa d'atenció domiciliària en la població de 65 anys o més	6,1%	6,5%	5,8%	5,8%	5,4%	5,6%	7,1%	6,5%
Atenció a les urgències								
Urgències hospitalàries								
Nombre d'urgències ateses	721.377	722.641	728.806	727.310	737.325	717.035	698.467	679.192
Activitat SEM-061¹								
Nombre d'urgències a domicili	56.342	57.299	60.074	59.475	49.895	40.448	36.728	32.958
Nombre d'emergències	160.490	154.651	164.624	157.980	179.918	191.460	201.550	197.604
Activitat als centres d'atenció continuada / dispensaris parahospitalaris								
Nombre de visites de metge	205.810	211.866	234.929	231.451	228.458	211.966	338.619	ND
Domicilis d'aguts a l'assistència primària de salut								
Nombre de domicilis d'aguts	109.456	107.018	117.739	94.784	98.094	94.377	95.225	ND
Atenció especialitzada hospitalària								
Nombre de llits públics d'aguts (XHUP) per 1.000 habitants ²	3,3	3,3	3,3	2,6	2,6	2,6	2,3	2,4
Taxa d'hospitalització a la XHUP per 1.000 hab./any dels residents a BCN ³	102,5	100,8	101,9	90,6	89,7	89,2	88,7	89,4
Residents a BCN que s'atenen a hospitals de la XHUP de fora de la regió sanitària	8,6%	8,7%	8,9%	8,6%	8,2%	7,8%	7,4%	8,0%
Altes als hospitals de la XHUP de BCN de no residents a la ciutat	32,7%	33,9%	33,1%	33,4%	31,4%	31,3%	30,7%	29,0%
Atenció sociosanitària								
Llits de llarga estada	1.239	1.222	1.329	1.359	1.392	1.482	1.317	1.382
Llits de convallescència	565	600	680	719	666	724	876	970
Llits de cures pal·liatives	107	107	107	87	87	94	116	109
Llits unitats de sida	35	35	35	35	35	35	35	35
Places en hospitals de dia	234	279	337	369	369	396	411	371
Nombre d'equips PADES	17	17	19	20	20	20	29	32
Nombre d'equips UFISS hospitalària	12	12	12	12	12	12	12	12
Equips d'avaluació integral ambulatoria (EAIA)	5	5	5	7	7	7	8	8

Font: Consorci Sanitari de Barcelona.(CSB), CatSalut.

Notes: ¹A partir de l'any 2007, el nombre d'emergències inclou tots els serveis mobilitzats, tant els bàsics com els avançats, i l'atenció continuada s'identifica com la domiciliària. S'ha de tenir en compte a l'hora de comparar-ho amb anys anteriors, ja que en la classificació emprada s'utilitzaven criteris diferents. ²A partir de l'any 2006 la font dels llits públics d'aguts és l'Enquesta GOM, anteriorment la donaven els mateixos centres. ³A partir de l'any 2002, el càlcul d'hospitalització s'ha realitzat tenint en compte la variable d'alta hospitalària de finançament públic que utilitza el CatSalut. Donat l'increment poblacional (any 2000 vers 2006: 11,2%), a partir de l'any 2006, s'utilitza la població RCA per fer els càlculs de les taxes.

Taula 1. (continuació) >

Com vivim

82

Taula 1. (continuació) Indicadors de serveis sanitaris. Barcelona, 2003-2010.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Atenció sociosanitària								
Núm. pacients llits llarga estada	2.838	3.217	2.832	2.523	2.346	3.127	2.775	3.211
Núm. pacients unitats convalsència	4.089	4.042	4.551	4.022	4.709	4.716	5.187	6.458
Núm. pacients unitats cures pal·liatives	1.028	1.044	1.059	869	806	1.098	1.193	1.351
Núm. pacients unitats de sida	57	14	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Núm. pacients unitats hospital de dia	703	347	700	693	760	902	1.082	977
PADES (inclou ETODA) ⁴	4.006	3.633	6.832	6.553	3.235	4.362	3.364	3.727
UFISS	5.204	4.221	8.907	3.062	3.587	ND	ND	5.776
EAIA (processos) ⁵	1.213	1.270	ND	3.491	3.568	ND	ND	ND
Atenció a la salut mental								
Ambulatori								
Núm. centres d'adults (CSMA ⁶)	16	16	16	16	16	16	16	16
Núm. centres infantils i juvenils (CSMIJ ⁷)	11	11	11	11	11	11	11	11
Núm. llits d'hospitalització psiquiàtrica	359	367	473	490	511	574	577	577
Núm. places d'hospitals de dia	157	157	205	247	296	341	341	341
Rehabilitació								
Núm. places en centres de dia	632	632	657	690	706	706	706	706
Nombre de persones ateses								
Centres d'adults (CSMA ⁶)	36.776	34.556	40.474	34.223	44.758	34.898	34.925	36.083
Centres infantils i juvenils (CSMIJ ⁷)	7.384	5.612	5.937	6.256	6.269	6.953	7.239	7.669
Hospitals i altres ⁸	4.706	4.436	4.647	4.765	4.803	ND	4.829	5.337
Centres de dia	1.180	1.226	713	1.339	1.395	1.516	1.504	1.641

Font: Consorci Sanitari de Barcelona. RSB

Notes: ⁴PADES: a partir de l'any 2007 la font de dades és del CMBD –SS; abans els mateixos centres facilitaven la informació. ⁵EAIA: equips d'avaluació integral ambulatoria (nou recurs del 2003). ⁶L'any 2003, no es disposa de les dades d'un CSMA (població ABS 10E i 10F). L'any 2004, no es disposa de les dades de l'esquerra de l'Eixample i de Sant Martí. Els anys 2005 i 2006 falta Sant Martí Nord (ABS 10D, 10E, 10F10G, 10H, 10I i 10J). L'any 2007, no es disposa de les dades del CSMA Hospitalet 2. ⁷L'any 2003, no es disposa de les dades d'un CSMIJ (població ABS 10E i 10F). Els anys 2004 a 2006, no es disposa de les dades de Ciutat Vella i de Sant Martí. L'any 2007, no es disposa de les dades del CSMIJ Ciutat Vella. ⁸L'any 2006, no es disposa de les dades dels dos centres. ND: no disponible.

Taula 2. Pacients en tractament, primeres visites i visites successives als centres d'atenció i seguiment de titularitat municipal¹ segons la droga primària o el programa de tractament. Barcelona, 2006-2010.

	Homes					Dones				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
Pacients en tractament										
Alcohol	1.682	1.711	1.879	1.839	1.841	558	580	626	636	646
Heroïna	1.975	1.839	1.869	1.648	1.640	564	542	505	475	446
Cocaïna	1.005	1.055	1.139	1.116	1.065	237	224	250	257	222
Altres ²	529	468	557	638	906	348	284	317	374	451
Total pacients atesos	5.191	5.073	5.444	5.241	5.452	1.707	1.630	1.698	1.742	1.765
Primeres visites										
Alcohol	898	909	936	959	935	264	256	290	300	289
Heroïna	354	371	320	339	339	92	111	60	93	98
Cocaïna	555	619	582	624	530	153	119	132	145	116
Altres ²	330	314	421	437	427	241	196	231	265	267
Total primeres visites	2.137	2.213	2.259	2.359	2.231	750	682	713	803	770
Visites successives³										
Alcohol	38.780	47.245	48.850	53.981	54.396	13.019	15.262	17.457	17.728	17.465
Heroïna	51.826	55.027	58.503	52.348	55.562	16.943	18.685	18.424	17.346	17.779
Cocaïna	26.508	35.745	39.294	42.538	41.727	6.444	7.728	7.641	10.168	7.468
Altres ²	8.464	10.311	10.428	10.944	12.690	4.691	4.892	4.838	4.853	5.047
Total visites	125.578	148.328	157.075	159.811	164.375	41.097	46.567	48.360	50.095	47.759

Font: Sistema d'informació de drogues de Barcelona (SIDB). Servei de Prevenció i Atenció a les Dependències, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹ CAS: Garbivent, Sants, Sarrià, Horta, Nou Barris, Vall d'Hebron i Barceloneta. ² Altres: cànnem, amfetamines, drogues de disseny, tabac i benzodiazepines.³ Les visites successives són sense tenir en compte la dispensació de metadona.**Taula 3.** Cost en euros de les receptes per tram d'edat i sexe a les àrees integrals d'assistència (AIS). Barcelona, 2010.

		Cost/usuari		Recepta/usuari		Cost/recepta	
		Home	Dona	Home	Dona	Home	Dona
AIS BCN DRETA	0-14 anys	64,43	46,85	5	4,45	12,89	10,53
	15-64 anys	230,66	202,24	15,48	15,81	14,90	12,79
	major de 65 anys	871,53	876,25	59,47	66,89	14,65	13,10
AIS BCN ESQUERRA	0-14 anys	68,07	45,79	4,76	4,27	14,29	10,71
	15-64 anys	223,30	202,76	15,15	15,76	14,73	12,87
	major de 65 anys	869,02	837,21	59,22	64,20	14,67	13,04
AIS BCN NORD	0-14 anys	56,80	45,48	5,61	5,20	10,13	8,75
	15-64 anys	225,34	203,49	15,41	16,67	14,63	12,21
	major de 65 anys	842,38	874,05	57,91	67,95	14,55	12,86
AIS LITORAL MAR	0-14 anys	54,59	42,24	5,29	4,83	10,32	8,75
	15-64 anys	195,98	197,16	14,08	15,74	13,92	12,52
	major de 65 anys	873,17	876,01	61,38	70,21	14,23	12,48

Font: Datamart de la prestació farmacèutica del CatSalut.

Com vivim

84

Taula 4. Resum dels indicadors d'avaluació dels programes preventius. Barcelona, 2010.

Programes poblacionals						
Programa	Any d'inici	Objectiu general	Agents directament implicats externs a l'ASPB ¹	Indicadors de participació i cobertura	Indicadors de satisfacció dels participants	Indicadors de resultats
Programa de detecció precoç del càncer de mama	1995	Contribuir a la reducció de la mortalitat per càncer de mama	<ul style="list-style-type: none"> Hospitals: Clínic, Sant Pau, Vall d'Hebron, Mar i Esperança. Districtes Atenció Primària de Salut PASSIR COFB² Oficines de farmàcia comunitària Teixit associatiu 	El 54,4% de la població de Barcelona hi participa. Per districtes: I: 72,8% II: 47,4% III: 52,7% IV: 41,3% V: 34,8% VI: 50,5% VII: 57,6% VIII: 60,9% IX: 63,3% X: 65%	El 95% de les dones estan satisfetes amb el conjunt del programa. - Amb l'organització: 96% - Amb el tracte rebut: 97,6% - Amb la professionalitat: 96,2% - Amb la informació rebuda: 86% - Amb l'equipament i les instal·lacions: 83%	Taxa de detecció a Barcelona: 4,9 x 1.000 Per districtes: I: 4,7 x 1.000 II: 5,8 x 1.000 III: 5,2 x 1.000 IV: 5,5 x 1.000 V: 7,0 x 1.000 VI: 5,0 x 1.000 VII: 5,1 x 1.000 VIII: 5,1 x 1.000 IX: 3,4 x 1.000 X: 4,2 x 1.000
Programes de prevenció de conductes de risc en l'adolescència		Prevenció de:	Escoles d'educació secundària	% d'escoles que l'han fet en el curs 2009-2010:	Grau de satisfacció global del professorat implicat (de 0 a 10):	Tots els programes s'han avaluat en la seva efectivitat abans d'implantar-se a tota la ciutat (disseny avaluatiu pre i post amb grup control), i es controlen les conductes de risc dels anys 80 amb l'Enquesta FRESC.
Pase.bcn (1r ESO ³)	1991	- Tabaquisme		- 38%	- 7	
Canvis (2n ESO)	2000	- Obesitat		- 43%	- 7,5	
Sobre canyes i petes (3r ESO) (abans: Decideix!)	1994	- Alcohol i cànnabis		- 37%	- 7	
PRESSEC (4t ESO)	1995	- Relacions sexuals no segures		- 33%	- 7,3	
Programa de vacunació escolar - Vacunació contra l'hepatitis, el virus del papil·loma humà (VPH) i la varicel·la a sisè de primària - Vacunació contra el tètanos i la diftèria a segon d'ESO	1981	Prevenció de l'hepatitis A i B, el càncer de cervix uterí, la varicel·la, el tètanos i la diftèria	Escoles	Cobertura assolida en el curs 2009-2010: Hepatitis A i B: 87,8% VPH (nenes): 80,6% Td: 86,9%	No disponible	
Programa de control de la tuberculosi (TB)	1986	Prevenció i control de la TB	Hospitals Centres d'atenció primària Departament de Salut	Casos de TB declarats a centres de BCN, 2010: 685 casos.	No disponible	Taxa de compliment del tractament 2009 ⁴ : 98% Percentatge de TB contagiosa amb contactes estudiats el 2010: 92%

Font: Elaboració pròpia Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹El rol que tenen els diferents agents pot ser diferent en els diferents programes, en uns són executors directes (ex.: hospitals, en el programa de detecció precoç del càncer de mama, o els professors d'educació secundària en els programes de prevenció escolars), en altres són finançadors (ex.: Institut Barcelona Esports) i en altres són facilitadors (ex.: empresaris de locals en el programa de saunes). ²COFB: Col·legi Oficial de Farmacèutics de Barcelona. ³ESO: Educació Secundària Obligatòria. ⁴ De 2009 a juny de 2010.

Taula 4 (continuació). Resum dels indicadors d'avaluació dels programes preventius. Barcelona, 2010.

Programes poblacionals						
Programa	Any d'inici	Objectiu general	Agents directament implicats externs a l'ASPB	Indicadors de participació i cobertura	Indicadors de satisfacció dels participants	Indicadors de resultats
Activa't	2009	Promoció d'activitat física als parcs	Institut Barcelona Esports, Àrea de Medi Ambient, Associació Esportiva Sarrià-Sant Gervasi	704 inscripcions - 62% >= 65 anys - 85% dones - 71% estudis <= secundària - 70% dos cops per setmana	Satisfets/es amb: - la freqüència i distància: 90% - l'horari i el recorregut: 97% - el monitoratge: 100%	Es troba millor o molt millor que abans: 76%
Programes dirigits a col·lectius vulnerables						
Programa de saunes gai			Gerents i personal de les saunes.	- 68 visites a saunes	El 96,5% de les persones desitja continuar mantenint contacte amb l'ASPB	
Vacunació contra l'hepatitis A i B	2004	Prevenió de l'hepatitis A i B	Hospital del Mar i Clínic, Unitat d'Infeccions de Transmissió Sexual de Barcelona, ONG, Consell Municipal	- 175 vacunes administrades		
Prova VIH	2006	Diagnòstic precoç de la infecció per VIH en usuaris de saunes gai de Barcelona	LGTB ⁵ DSS ⁶	- 5.310 preservatius i lubricants - 1.890 tríptics informatius repartits - 228 proves de VIH realitzades - 211 proves de sífilis realitzades		- 9,2% VIH reactius - 4,5% sífilis reactives - 85,7% de les persones VIH positives van rebre el resultat - 28% va ser diagnosticat amb retard (amb CD4 <350 cèl·lules/μl) ⁷
SIRIAN	2007	Promoció de contracepció en dones immigrades i autòctones de barris desfavorits	Poble Sec St. Antoni	- 356 participants aleatoritzades - 41% de 17 a 39 anys - 64% immigrades		Millora en contracepció (OR (IC 95%)): - coneixement: 6,0 (3,8-9,5) - ús: 1,2 (0,6-2,0) - a emergència: 2,2 (1,3-3,4)
Baixem al carrer	2009	Disminuir l'aïllament en la gent gran dels barris de Poble Sec, nucli antic i zona nord	Plans comunitaris, atenció primària de salut, serveis socials i voluntariat	- 29 participants - 52% 85 anys o més - 69% dones - 72% no havia sortit de casa des de feia 6 mesos o més	Satisfets/es amb: - la coordinació: 100% - el programa: 100% Desitja continuar: 100%	- Millora de la salut percebuda: 30% - Reducció de l'ansietat i la depressió: 23%

Font: Elaboració pròpia Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: ⁵ LGTB: Col·lectiu de lesbianes, gais, bisexuals i transsexuals. ⁶ DSS: ⁷ A Barcelona el 48% dels casos d'infecció per VIH en homes amb relacions amb altres homes es diagnostiquen amb retard*.

Taula 4. (continuació) >

* Bibliografia: de Olalla PG et al. Epidemiological characteristics and predictors of late presentation of HIV infection in Barcelona (Spain) during the period 2001-2009. AIDS Res Ther. 2011 Jul 6;8(1):22.

Com vivim

86

Taula 4 (continuació). Resum dels indicadors d'avaluació dels programes preventius. Barcelona, 2010.

Programes dirigits a col·lectius vulnerables						
Programa	Any d'inici	Objectiu general	Agents directament implicats externs a l'ASPB (*)	Indicadors de participació i cobertura	Indicadors de satisfacció dels participants	Indicadors de resultats
Pas a pas	2010	Promoció de caminades en adults i gent gran Barceloneta	Pla de barris, Institut de Barcelona de l'Esport, Ludigest, CAP Barceloneta	<ul style="list-style-type: none"> - 200 inscripcions - 82% >55 anys - 67% dones - 68% ed. primària o secundària - 61% com a mínim un cop per setmana 	Satisfets/es amb: <ul style="list-style-type: none"> - la freqüència i distància: 90% - l'horari i el recorregut: 97% - el monitoratge: 100% 	Es troba millor o molt millor que abans: <ul style="list-style-type: none"> - homes: 31% - dones: 23%
De marxa fent esport	2007	Promoure l'exercici físic i l'esport com a eina de prevenció del consum de drogues	Institut de Barcelona d'Esports (IBE) Professors/es d'educació física dels centres escolars seleccionats Instal·lacions esportives municipals seleccionades	Curs 2009-2010: 43 centres educatius 81 grups d'alumnes de 4t d'ESO 1.496 participants en 1a fase (sortida didàctica amb el centre educatiu) i 379 en 2a fase (activitat extraescolar)	Curs 2009-2010: Puntuació de satisfacció general dels participants: 9 (de 0 a 10)	Curs 2009-2010: En qüestionari pre-post: augmenta el percentatge de nois/es que fan esport: el 61,9% dels apuntats en la 2a fase no feia esport abans de participar en el programa.
Servei d'Orientació de Drogues	2000	Prevenció indicada de consum de drogues per a joves menors de 22 anys i les seves famílies Reduir el nombre de casos de sobredosi mortal i no mortal per consum d'opiacis i psicoestimulants a Barcelona	Els cossos policials per al subprograma de mesures alternatives (PMA) a la sanció per consum/tinença de drogues a la via pública a menors d'edat CAS i centres de reducció de danys de la ciutat DGSP	<ul style="list-style-type: none"> - 394 adolescents atesos al PMA. (representa el 44% dels adolescents sancionats a BCN). - 68 adolescents atesos del subprograma d'informació i atenció (PIO). - 59 famílies soles ateses del subprograma PIO. - 3 usuaris atesos del subprograma de Justícia Juvenil. 	<ul style="list-style-type: none"> - 87,1% d'usuaris que tornarien a utilitzar el SOD. - 98,3% de famílies que tornarien a utilitzar el SOD. - 86,9% d'usuaris que recomanarien el SOD a un familiar o conegut. - 98,5% de famílies que recomanarien el SOD. 	<ul style="list-style-type: none"> - 92,6% d'usuaris que finalitzen satisfactòriament el PMA - Del total de persones ateses (524), el 5,7% ha estat derivat a un CAS i el 4,8% al CSMIJ.
Programa de prevenció de sobredosi	2010			213 usuaris formats un 4,3% dels usuaris diana Es distribueixen 482 naloxones als usuaris		43 usuaris fan intervenció en una sobredosi. S'utilitzen 144 naloxones.

Font: Elaboració pròpia Agència de Salut Pública de Barcelona.

Taula 5. Avaluació dels objectius del Pla de Salut. Barcelona, 2010.

Objectius generals 2010	Assolit	Assolible intensificant els esforços actuals	Difícilment assolible
EIX 1. Polítiques del Govern: el compromís intersectorial en la salut			
Les lesions no intencionades			
Reduir en un 20% la mortalitat per lesions per causes accidentals en els tres grups principals de població. ¹			
Reduir en un 50% la mortalitat per accidents de trànsit de vehicles de motor en els tres grups principals de població. ¹			
Reduir en un 50% la mortalitat per accidents de trànsit de vehicles de motor en els homes i les dones de 15 a 24 anys. ¹			
Reduir en un 25% la prevalença de lesionats greus per accidents de trànsit de vehicles de motor en els tres grups principals de població. ¹			
Reduir en un 20% la mortalitat per caigudes accidentals en els majors de 64 anys.			
Reduir en un 10% la incidència de caigudes accidentals que originen lesions i que han estat ateses pels recursos sanitaris en els majors de 64 anys. ¹			
Reduir en un 20% la incidència de fractures de coll de fèmur en les persones d'entre 65 i 84 anys.			
La salut laboral			
Reduir la taxa de morbiditat per accidents de treball amb baixa en el lloc de treball en un 10%.			
Reduir la taxa de mortalitat per accidents de treball en el lloc de treball en un 10%.			
EIX 2. Polítiques de salut: afavorir les eleccions saludables dels ciutadans			
El medi ambient			
Aconseguir que la morbiditat declarada per febre tifoide sigui inferior a 0,5 casos per 100.00 habitants i per any.			
Reduir la incidència de legionel·losi en un 30%.			
Reduir la grandària dels brots de legionel·losi en un 50%.			
Reduir en un 30% els brots declarats per intoxicacions causades per l'aplicació de plaguicides d'ús ambiental en locals tancats.			
Aconseguir que el 100% de les entitats gestores del subministrament d'aigua de consum humà de Catalunya estableixin sistemes d'autocontrol de la qualitat de l'aigua que subministren. ²			
Aconseguir que el 100% de les xarxes de distribució d'aigua de consum públic subministrin aigua amb continguts de nitrats conformes amb el valor paramètric de la normativa vigent. ²			
Mantenir el control de les condicions higienicosanitàries de les instal·lacions destinades a activitats amb infants i joves. ²			
Aconseguir que els ajuntaments controlin les condicions higienicosanitàries dels centres de tatuatge i pírcing de Catalunya. ²			
Controlar que el personal que treballa en centres de tatuatge i pírcing disposi de la formació necessària, d'acord amb la normativa d'aplicació. ²			
Aconseguir que el 100% de les empreses que utilitzen biocides estiguin registrades en el registre oficial d'establiments i serveis plaguicides, d'acord amb la normativa aplicable en cada moment. ²			

Font: Elaboració pròpia a partir del Pla de Salut de Catalunya a l'horitzó 2010. Departament de Salut de la Generalitat.

Notes: ¹ Si un objectiu especifica que un determinat canvi es produeixi en diferents grups de població i en algun d'aquests grups no s'assoleix, l'objectiu es dona com a no assolit, o com a assolible amb esforços, en funció de la magnitud del canvi en aquest grup o grups. ² Dades actualitzades fins al període 2006-2007.

Taula 5. (continuació) >

Com vivim

88

Taula 5. (continuació) Avaluació dels objectius del Pla de Salut. Barcelona, 2010.

Objectius generals 2010	Assolit	Assolible intensificant els esforços actuals	Difícilment assolible
Aconseguir que el 99% de les instal·lacions d'alt risc (torres de refrigeració) estiguin censades i disposin d'un programa de manteniment, neteja i desinfecció. ²			
Aconseguir que el 99% de les platges compleixin la normativa europea de qualitat sanitària de les aigües de bany. ²			
Programar i executar les inspeccions necessàries per tal de comprovar l'aplicació homogènia de la legislació que estableix les normes sanitàries aplicables a les piscines d'ús públic en l'àmbit de Catalunya. ²			
La seguretat alimentària			
Evitar l'augment del nombre total de brots de toxiinfeccions alimentàries en un 20%.			
Aconseguir que la morbiditat declarada per brucel·losi sigui inferior a 1 cas per 100.000 habitants.			
Mantenir el control de tots els porcs i equins sacrificats a Catalunya i que s'analitzin per a la investigació de triquina, tal com estableix la normativa vigent. ²			
Aconseguir que totes les espècies cinegètiques susceptibles de transmetre la triquina comercialitzades per establiments ubicats a Catalunya hagin estat sotmeses a una investigació de triquina abans de la seva comercialització. ²			
Aconseguir que tota la població potencialment consumidora d'espècies cinegètiques susceptibles de transmetre la triquina coneguin els riscos per a la salut derivats d'aquest tipus de consum sense l'anàlisi prèvia de la triquina. ²			
Aconseguir que tota la població amb risc de contraure la brucel·losi (ramaders, treballadors d'escorxadors) estigui informada i conegui les mesures per prevenir la malaltia. ²			
Aconseguir que tots els aliments produïts a Catalunya estiguin lliures de residus de productes fitosanitaris, il·legals o per sota dels límits màxims de residus establerts per la normativa vigent. ²			
Mantenir el control del contingut en metalls pesants, hidrocarburs aromàtics policíclics, dioxines i, en general, tòxics ambientals persistents en els aliments produïts a Catalunya. ²			
Disminuir l'exposició humana a les dioxines, furans i als PCB. ²			
El consum de tabac			
Reduir la prevalença de tabaquisme entre la població de 15 i més anys fins al 28%.			
Reduir la prevalença de tabaquisme entre els joves de 15 a 24 anys fins al 32%.			
Reduir la prevalença de tabaquisme entre les dones de 15 i més anys fins al 22%.			
Reduir la prevalença de tabaquisme entre els homes de 15 i més anys fins al 34%.			
Assolir una proporció d'abandonament del tabaquisme en la població de 15 i més anys del 35%.			
L'activitat física			
Reduir la prevalença de persones entre 18 i 74 anys absolutament sedentàries per sota del 16%.			
Augmentar la prevalença de persones entre 18 i 74 anys que fan exercici durant el temps de lleure per sobre del 55%.			
Augmentar la prevalença de persones entre 18 i 74 anys que caminen més de 30 minuts diaris per sobre del 75%.			
Augmentar la prevalença de persones entre 18 i 74 anys que realitzen activitats físiques de lleure d'intensitat moderada 5 o més cops per setmana o una quantitat equivalent per sobre del 14%.			

Font: Elaboració pròpia a partir del Pla de Salut de Catalunya a l'horitzó 2010. Departament de Salut de la Generalitat.

Notes: ² Dades actualitzades fins al període 2006-2007.

Taula 5. (continuació) Avaluació dels objectius del Pla de Salut. Barcelona, 2010.

Objectius generals 2010	Assolit	Assolible intensificant els esforços actuals	Difícilment assolible
EIX 3. Polítiques de serveis: per a la millora de la qualitat			
La salut maternoinfantil			
Mantenir la mortalitat materna per sota de 7 per cada 100.000 nascuts vius.			
Mantenir la mortalitat perinatal per sota de 6 per 1.000 nascuts vius i morts.			
Reduir la mortalitat infantil per sota de 4 per 1.000 nascuts vius.			
Mantenir la prevalença de baix pes en néixer per sota de 7 per 100 nascuts vius.			
Mantenir la prevalença de molt baix pes en néixer per sota d'1 per 100 nascuts vius.			
Mantenir la prevalença de nadons preterme per sota de 7 per 100 nascuts vius.			
Reduir la prevalença de nadons de < 33 setmanes de gestació per sota d'1 per 100 nascuts vius.			
Disminuir l'índex d'embarassos en dones menors de 18 anys per sota de 7 per 1.000.			
Les malalties susceptibles de ser previngudes amb vacunacions			
Mantenir l'eliminació de la diftèria, del tètanus neonatal, de la poliomièlitis salvatge i del xarampió autòcton. ³			
Eliminar la rubèola postnatal autòctona i la poliomièlitis vacunal en la població autòctona.			
Eliminar els casos de malaltia meningocòccica pel serogrup C en els menors de 19 anys de la població autòctona.			
Reduir de manera important en la població autòctona el nombre anual de casos de tètanus (<2), tos ferina (<50) i parotiditis (<50). ⁴			
Eliminar la malaltia invasora per <i>Haemophilus influenzae</i> tipus B en els menors de 19 anys de la població autòctona.			
Reduir la morbiditat declarada per hepatitis B en la població autòctona per sota de 0,5 per 100.000 habitants.			
Reduir la incidència d'hepatitis A en la població autòctona per sota d'1 per 100.000 habitants			
Reduir la incidència de varicel·la per sota de 100 per 100.000 habitants			
Reduir la mortalitat per grip i malalties infeccioses agudes de l'aparell respiratori, en les persones de més de 65 anys, per sota de 15 per 100.000 habitants (excepte en el cas que no es produeixi una pandèmia gripal).			
Mantenir la proporció de casos de tos ferina en els adolescents i adults (població de >10 anys) per sota del 15% del total dels casos declarats.			
Les infeccions de transmissió sexual (ITS)			
Reduir un 10% la incidència d'infecció genital per <i>Chlamydia trachomatis</i> .			
Eliminar l'oftàlmia neonatal.			

Font: Elaboració pròpia a partir del Pla de Salut de Catalunya a l'horitzó 2010. Departament de Salut de la Generalitat.

Notes: ³No es compleix en el cas del xarampió. ⁴Si es compleix en el cas del tètanus neonatal.

Taula 5. (continuació) >

Com vivim

90

Taula 5. (continuació) Avaluació dels objectius del Pla de Salut. Barcelona, 2010.

Objectius generals 2010	Assolit	Assolible intensificant els esforços actuals	Difícilment assolible
Mantenir l'eliminació de la sífilis congènita.			
Reduir la incidència d'altres malalties de transmissió sexual en un 15%.			
Les infeccions pel virus de la immunodeficiència humana i la sida			
Disminuir els nous casos de sida a Barcelona, en un 30% en els usuaris de drogues injectades, en un 20% en els homes que tenen relacions sexuals amb homes, i en un 15% en els homes i dones que mantenen relacions heterosexuals.			
Mantenir el temps de supervivència dels infectats pel VIH ⁵ i augmentar en un 5% la supervivència als 18 mesos dels casos de sida.			
Mantenir els anys potencials de vida perduts per sida per sota dels nivells del 2001, entre la població de 15 a 69 anys.			
La tuberculosi			
Mantenir la mortalitat per tuberculosi per sota d'1 cas per 100.000 habitants.			
Reduir les taxes d'incidència de tuberculosi respiratòria en la població general en un 25%, per tal d'assolir una taxa inferior a 16 casos per 100.000 habitants. ⁶			
Reduir les taxes d'incidència de tuberculosi pulmonar bacil·lífera en la població general en un 40% per tal d'assolir una taxa de 8 casos per 100.000 habitants.			
Reduir en un 25% l'aïllament de bacils farmacoresistents.			
El càncer			
Reduir la mortalitat per càncer de les persones de menys de 65 anys en un 15%.			
Mantenir la reducció de la mortalitat per càncers relacionats amb el tabac en homes, i del càncer de pròstata en un 10%.			
Reduir la mortalitat per càncer de mama i coll d'úter en dones, i per càncer colorectal en homes i dones en un 10%. ⁷			
Mantenir la reducció sostinguda en la mortalitat per càncer d'estómac i endometri.			
Les malalties de l'aparell circulatori			
Reduir la mortalitat per malaltia coronària en un 15%.			
Reduir la mortalitat per accident vascular cerebral en un 15%.			
Reduir la mortalitat per insuficiència renal crònica en els menors de 75 anys (en la fitxa no posa l'edat) en un 5%.			
L'obesitat			
Disminuir la mitjana poblacional de l'IMC per sota de 25 kg/m ² .			
Aconseguir que la prevalença d'obesitat (IMC: >30 kg/m ²) en la població adulta de 18 a 74 anys no augmenti amb relació a la de l'any 2002.			

Font: Elaboració pròpia a partir del Pla de Salut de Catalunya a l'horitzó 2010. Departament de Salut de la Generalitat.

 Notes: ⁵ Indicador no disponible. ⁶ S'ha assolit una taxa de 19 casos/100.000 h molt propera a l'objectiu proposat. ⁷ No assolit en el cas del càncer de coll d'úter.

Taula 5. (continuació) Avaluació dels objectius del Pla de Salut. Barcelona, 2010.

Objectius generals 2010	Assolit	Assolible intensificant els esforços actuals	Difícilment assolible
Les malalties de l'aparell respiratori			
Reduir la mortalitat per grip, malaltia infecciosa aguda de l'aparell respiratori i pneumònia en un 10% entre la població més gran de 64 anys.			
Reduir la mortalitat per malaltia pulmonar obstructiva crònica entre la població de més de 40 anys en un 10%.			
Les malalties reumatològiques i de l'aparell locomotor			
Reduir en un 20% la incidència de fractures de coll de fèmur en les persones d'entre 65 i 84 anys. ⁸			
La salut mental i les addiccions			
Reduir la mortalitat per reacció adversa a drogues en un 30%.			
Reduir la prevalença d'infecció per l'VIH entre els consumidors d'opiacis detectats als centres de la XAD en un 30%.			
Reduir la prevalença d'infecció per l'VIH entre els consumidors d'opiacis detectats als centres de la XAD en un 30%. ⁹			
Reduir en un 20% la prevalença de consumidors de drogues no institucionalitzades en la població de 15 a 64 anys. ¹⁰			
Reduir en un 20% la prevalença de consumidors de drogues no institucionalitzades en la població de 15 a 29 anys.			
Reduir la mortalitat per suïcidi en un 10% en la població general menor de 25 anys, així com la de la població de 65 anys i més en un 10%.			

Font: Elaboració pròpia a partir del Pla de Salut de Catalunya a l'horitzó 2010. Departament de Salut de la Generalitat.

Notes: ⁸ Dades des del 2003. ⁹ No assolit per als qui no s'han injectat mai però sí assolit per als qui sí ho han fet algun cop. ¹⁰ Si un objectiu especifica que un determinat canvi es produeixi en diferents grups de població i en algun d'aquests grups no s'assoleix, l'objectiu es dona com a no assolit, o com a assolible amb esforços, en funció de la magnitud del canvi en aquest grup o grups.

La nostra salut

92

Taula 1. Evolució dels indicadors de salut sexual i reproductiva per grups d'edat materna. Barcelona, 2002-2009.

	2002 ¹	2003 ²	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Taxa de natalitat per 1.000 habitants	8,6	9,6	9,8	9,2	9,1	9,4	9,6	9,0
Dones de 15 a 49 anys								
Fecunditat								
Nombre de naixements	12.947	14.248	14.565	14.710	14.676	15.039	15.578	14.785
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	35,0	36,4	37,4	36,8	37,0	38,0	38,7	36,7
Taxa de fecunditat de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	-	-	-	41,6	35,7	56,6	45,2	40,8
Nombre d'IVE ³	5.028	4.637	4.754	4.703	5.668	6.271	7.205	6.885
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	13,6	11,8	12,2	10,8	14,3	15,9	17,9	17,1
Taxa d'IVE de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones) ⁴	-	-	-	22,8	29,9	43,7	36,7	31,9
Nombre d'embarassos	17.975	18.885	19.319	19.413	20.344	21.310	22.783	21.670
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	48,6	48,2	49,6	48,6	51,3	53,8	56,5	53,8
Taxa d'embarassos de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	-	-	-	63,7	65,7	100,2	81,9	72,7
Embarassos no planificats (% d'IVE sobre total d'embarassos)	28,0%	24,6%	24,6%	24,2%	27,8%	29,4%	31,6%	28,8%
Resultats de l'embaràs								
% naixements amb només un dels pares de fora d'Espanya	9,8%	8,9%	9,6%	11,7%	11,9%	11,9%	13,7%	13,8%
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	12,0%	14,4%	16,5%	19,1%	18,7%	23,7%	24,4%	27,5%
% naixements amb baix pes en néixer (<2.500 g)	6,4%	7,9%	7,5%	7,5%	7,7%	7,6%	6,9%	7,2%
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	5,3%	6,6%	7,0%	6,4%	6,5%	6,5%	6,8%	7,1%
% baix pes per edat gestacional (percentil 3)	2,0%	2,5%	2,2%	2,8%	3,8%	2,5%	2,1%	1,9%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	6,0%	8,2%	8,0%	8,9%	9,6%	7,4%	6,7%	6,6%
Adolescents (dones de 12 a 17 anys)								
Fecunditat								
Nombre de naixements	48	95	73	90	95	95	78	82
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	1,9	3,8	2,9	2,5	2,6	3,1	2,2	2,3
Taxa de fecunditat de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	-	-	-	8,7	9,4	10,3	6,9	7,7
Nombre d'IVE	164	169	188	200	198	244	226	211
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	6,5	6,8	7,4	5,5	5,5	8,1	6,3	5,9
Taxa d'IVE de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	-	-	-	17,2	9,9	14,7	10,7	15,3
Nombre d'embarassos	212	264	261	290	293	339	304	293
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	8,4	10,6	10,2	8,0	8,1	11,2	8,5	8,1
Taxa d'embarassos de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	-	-	-	25,9	19,3	25,1	17,5	23,1
Embarassos no planificats (% d'IVE sobre total d'embarassos)	77,4%	64,0%	72,0%	68,9%	67,6%	71,9%	74,4%	72,0%
Resultats de l'embaràs⁵								
% naixements amb només un dels pares de fora d'Espanya	10,5%	11,5%	30,1%	23,3%	15,3%	26,2%	28,3%	25,4%
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	65,8%	59,4%	46,6%	44,4%	45,8%	52,3%	45,0%	49,1%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	13,6% (n = 3)	4,3% (n = 3)	15,8% (n = 9)	10,8% (n = 8)	7,7% (n = 7)	8,7% (n = 7)	8,9% (n = 7)	10,7% (n = 7)

Font: Registre de naixements i registre de defectes congènits de Barcelona (REDCB), Agència de Salut Pública de Barcelona. Registre d'IVE, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Notes: ¹ Les fonts de les dades per a l'elaboració de les taules són els naixements dels anys 2001 i 2002 i el padró de població (lectura juny de cada any) del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona. S'han recalculat les prevalences de baix pes en néixer, prematuritat i baix pes per edat gestacional utilitzant només les dades disponibles en el registre de naixements de l'Agència de Salut Pública de Barcelona. ² La font de les dades per a l'elaboració de les taules és el registre de naixements de l'IDESCAT a partir del 2003. ³ IVE: Interrupció voluntària de l'embaràs. ⁴ La font de les dades per a l'elaboració de les taules és el registre d'IVE de Catalunya, del Departament de Salut. ⁵ En aquest grup d'edat, els indicadors de resultats de l'embaràs presenten nombres molt baixos i amb una alta fluctuació entre els anys. Per això es presenta l'indicador recomanat per l'OMS: el baix pes en néixer per edat gestacional 10. Entre parèntesi, s'indica el nombre de casos.

Taula 1. (continuació) Evolució dels indicadors de salut sexual i reproductiva per grups d'edat materna. Barcelona, 2002-2009

	2002 ¹	2003 ²	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Adolescents (dones de 15 a 19 anys)								
Fecunditat								
Nombre de naixements	169	294	230	275	267	292	316	255
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	4,6	8,7	6,8	8,6	8,4	9,3	10,1	8,1
Taxa de fecunditat de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	-	-	-	29,6	24,8	26,2	30,1	21,5
Nombre d'IVE ³	541	506	534	493	557	686	672	590
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	15,7	14,9	16,2	15,5	17,6	21,7	21,2	18,7
Taxa d'IVE de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones) ⁴	-	-	-	31,9	37,5	57,0	44,4	37,5
Nombre d'embarassos	720	800	764	768	824	978	988	845
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	21,2	23,5	23,1	24,2	26,1	30,9	31,4	26,8
Taxa d'embarassos de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	-	-	-	40,5	62,3	83,3	74,5	59,1
Embarassos no planificats (% d'IVE sobre total d'embarassos)	76,5%	63,3%	69,9%	64,2%	68,7%	70,1%	68,0%	69,8%
Resultats de l'embaràs⁵								
% naixements amb només un dels pares de fora d'Espanya	7,7%	8,5%	14,3%	20,3%	18,4%	17,2%	18,6%	17,2%
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	37,9%	40,8%	42,2%	44,7%	42,8%	57,7%	49,6%	52,7%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	13,2%	10,1%	10,5%	12,3%	13,0%	9,8%	6,6%	8,8%
Dones de 35 a 49 anys								
Fecunditat								
Nombre de naixements	4.218	4.170	4.374	4.458	4.750	5.037	5.392	5.425
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	25,5	23,8	25,0	24,6	26,2	27,8	26,7	39,3
Taxa de fecunditat de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	-	-	-	20,3	17,6	38,5	59,9	24,2
Nombre d'IVE	859	762	1.275	833	1.024	1.076	1.252	1.370
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	4,2	4,4	7,3	4,6	5,6	5,9	6,7	7,3
Taxa d'IVE de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	-	-	-	9,2	13,9	17,0	36,4	15,0
Nombre d'embarassos	5.077	4.932	5.649	5.291	5.774	6.113	6.644	6.795
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	30,7	28,2	32,2	29,2	31,9	33,8	35,3	36,3
Taxa d'embarassos de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	-	-	-	33,8	31,5	55,6	96,3	39,3
Embarassos no planificats (% d'IVE sobre total d'embarassos)	16,9%	15,5%	22,6%	15,7%	17,7%	17,6%	18,8%	20,1%
Resultats de l'embaràs								
% naixements amb només un dels pares de fora d'Espanya	11,1%	8,1%	8,6%	11,6%	11,0%	13,3%	14,5%	13,7%
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	6,9%	7,0%	8,9%	10,7%	10,0%	14,4%	13,1%	27,5%
% naixements amb baix pes en néixer (<2.500 g)	8,1%	9,2%	9,1%	8,9%	8,7%	9,7%	7,8%	9,5%
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	8,8%	8,6%	8,6%	8,4%	7,8%	9,0%	7,6%	10,2%
% baix pes per edat gestacional (percentil 3)	3,3%	2,9%	2,6%	3,0%	3,7%	2,9%	2,1%	2,0%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	10,2%	8,7%	8,5%	9,4%	8,9%	8,3%	6,4%	6,5%

Font: Registre de naixements i Registre de defectes congènits de Barcelona (REDCB), Agència de Salut Pública de Barcelona. Registre d'IVE, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Notes: ¹ Les fonts de les dades per a l'elaboració de les taules són els naixements dels anys 2001 i 2002 i el padró de població (lectura juny de cada any) del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona. S'han recalculat les prevalences de baix pes en néixer, prematuritat i baix pes per edat gestacional utilitzant només les dades disponibles en el registre de naixements de l'Agència de Salut Pública de Barcelona. ² La font de les dades per a l'elaboració de les taules és el registre de naixements de l'IDESCAT a partir del 2003. ³ IVE: Interrupció voluntària de l'embaràs. ⁴ La font de les dades per a l'elaboració de les taules és el registre d'IVE de Catalunya, del Departament de Salut. ⁵ En aquest grup d'edat, els indicadors de resultats de l'embaràs presenten nombres molt baixos i amb una alta fluctuació entre els anys. Per això es presenta l'indicador recomanat per l'OMS: el baix pes en néixer per edat gestacional 10. Entre parèntesi, s'indica el nombre de casos.

La nostra salut

94

Taula 2. Evolució de la incidència de sida, tuberculosi i ús de drogues segons el sexe. Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants. Barcelona, 2003-2010.

Homes		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tuberculosi	TBC no UDI ¹	35,22	31,88	35,42	33,91	35,85	32,50	25,23	34,60
	TBC UDI (15-49 anys)	7,50	3,76	5,28	3,57	5,12	2,74	3,95	3,00
	TBC total	39,07	34,02	38,57	36,12	38,78	33,98	27,60	35,89
Sida	Sida heterossexuals (15 anys o més)	3,38	2,31	1,13	3,48	2,72	0,00	1,39	2,14
	Sida homosexuals (15 anys o més)	5,53	5,83	3,81	6,27	5,60	2,30	4,92	4,23
	Sida UDI (15-49 anys)	10,55	7,08	6,48	4,50	4,95	5,32	3,35	2,31
	Sida total	14,93	11,98	9,67	10,88	12,10	8,38	8,62	8,07
Dones									
Tuberculosi	TBC no UDI ¹	22,52	16,32	19,81	18,15	22,19	16,52	19,13	17,22
	TBC UDI (15-49 anys)	2,26	1,61	0,50	0,44	0,91	1,32	0,89	1,04
	TBC total	23,57	17,09	20,13	18,36	22,60	17,27	19,55	17,70
Sida	Sida heterossexuals (15 anys o més)	1,44	2,72	0,94	1,37	1,26	1,67	0,59	1,04
	Sida UDI (15-49 anys)	2,80	3,85	0,89	0,95	0,91	0,00	0,91	0,86
	Sida total	2,98	4,80	1,71	2,80	1,67	3,00	2,17	1,56

Font: Registres de tuberculosi i de sida, Agència de Salut Pública de Barcelona. Sistema d'informació de drogues de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona. Notes: la població de referència per a l'estandardització de les taxes ha estat la població de Barcelona segons el padró municipal d'habitants de 1996. ¹ UDI: usuari de drogues per via intravenosa.

Taula 3. Persones lesionades per col·lisió de trànsit segons sexe, grup d'edat i vehicle. Barcelona, 2010.

	Turisme		Motocicleta		Ciclomotor		Bicicleta		Camió/bus		Altres		Vianant		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Homes																
0 a 13 anys	49	3,1	12	0,4	1	0,1	8	3,4	2	2,0	0	0,0	88	16,2	160	2,4
14 a 17 anys	20	1,3	30	0,9	98	10,7	19	8,1	0	0,0	1	9,1	17	3,1	185	2,8
18 a 29 anys	498	31,3	926	28,2	505	54,9	83	35,5	8	8,1	4	36,4	78	14,4	2.102	31,4
30 a 44 anys	577	36,2	1.505	45,8	249	27,1	76	32,5	35	35,3	2	18,2	121	22,3	2.565	38,4
45 a 64 anys	337	21,2	755	23,0	63	6,8	38	16,2	17	17,2	4	36,4	105	19,4	1.319	19,7
65 a 74 anys	51	3,2	32	1,0	3	0,3	5	2,1	9	9,1	0	0,0	46	8,5	146	2,2
74 anys o més	24	1,5	9	0,3	1	0,1	2	0,9	27	27,3	0	0,0	80	14,8	143	2,1
Desconegut	37	2,3	18	0,5	0	0,0	3	1,3	1	1,0	0	0,0	7	1,3	66	1,0
Total	1.593	100	3.287	100	920	100	234	100	99	100	11	100	542	100	6.686	100
Dones																
0 a 13 anys	55	4,6	13	1,1	2	0,3	3	3,0	10	3,7	0	0,0	47	7,1	130	3,1
14 a 17 anys	21	1,8	15	1,3	34	4,6	5	5,0	2	0,8	1	8,3	24	3,6	102	2,5
18 a 29 anys	399	33,4	388	33,1	433	58,0	40	40,0	10	3,7	4	33,3	101	15,3	1.375	33,1
30 a 44 anys	385	32,3	549	46,8	229	30,7	36	36,0	39	14,6	1	8,3	123	18,6	1.362	32,8
45 a 64 anys	237	19,9	202	17,2	47	6,3	16	16,0	77	28,7	2	16,7	160	24,2	741	17,9
65 a 74 anys	42	3,5	3	0,3	1	0,1	0	0,0	55	20,5	0	0,0	91	13,8	192	4,6
74 anys o més	39	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	73	27,2	1	8,3	112	17,0	225	5,4
Desconegut	15	1,3	2	0,2	0	0,0	0	0,0	2	0,8	3	25,0	2	0,3	24	0,6
Total	1.193	100	1.172	100	746	100	100	100	268	100	12	100	660	100	4.151	100

Font: Guàrdia Urbana de Barcelona, Ajuntament de Barcelona.

Taula 4. Evolució de les lesions greus i mortals per accident de treball segons tipus de lesió i sexe. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona, 2002-2010.

Lesions greus per accident de treball	2002	2003 ¹	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Homes									
<i>In itinere</i>	26,6	25,7	26,3	29,8	30,7	35,4	30,5	43,5	38,9
En jornada laboral									
No traumàtiques	6,4	2,2	4,3	1,6	3,8	3,9	5,8	4,2	7,1
De trànsit	12,3	0,5	0,0	5,9	7,9	8,4	7,9	8,5	9,3
Resta traumàtics ²	54,6	71,6	69,4	62,7	57,6	52,2	55,8	43,8	44,7
Total	357	405	415	373	368	356	328	283	226
Dones									
<i>In itinere</i>	42,5	50,7	50,4	50,5	47,2	37,0	52,8	54,7	66,7
En jornada laboral									
No traumàtiques	3,8	1,3	4,0	0,0	1,1	2,2	1,1	0,0	1,4
De trànsit	11,3	0,0	0,0	3,8	7,9	7,6	4,5	9,3	7,2
Resta traumàtics ²	42,5	48,0	45,6	45,7	43,8	53,3	41,6	36,0	24,6
Total	106	75	133	105	89	92	89	75	69
Total	463	480	548	478	457	448	417	358	295
Lesions mortals per accident de treball									
Homes									
<i>In itinere</i>	36,2	32,7	30,6	36,8	19,6	25,9	27,6	35,7	35,0
En jornada laboral									
No traumàtiques	21,3	10,2	27,8	7,9	29,4	18,5	24,1	35,7	25,0
De trànsit	25,5	0,0	0,0	23,7	9,8	11,1	13,8	0,0	25,0
Resta traumàtics ²	17,0	57,1	41,7	31,6	41,2	44,4	34,5	28,6	15,0
Total	47	49	40	38	51	27	29	28	20
Dones									
<i>In itinere</i>	33,3	87,5	50,0	66,7	75,0	0,0	50,0	66,7	66,7
En jornada laboral									
No traumàtiques	66,7	0,0	0,0	33,3	12,5	50,0	0,0	16,7	0,0
De trànsit	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	50,0	0,0	0,0	0,0
Resta traumàtics ²	0,0	12,5	50,0	0,0	0,0	0,0	50,0	16,7	33,3
Total	6	8	7	6	8	2	2	6	3
Total	53	57	47	44	59	29	31	34	23

Font: Registre d'accidents de treball. Departament de Treball, Generalitat de Catalunya.

¹ El 2003 es va produir un canvi en el sistema d'informació de les lesions per accident de treball que no permet identificar els accidents de trànsit d'aquest any ni del 2004. Atès que durant el 2003 van coexistir ambdós models, les lesions per accidents de trànsit que es mostren en la taula són les que es van notificar amb l'antic sistema. A partir del 2005, es torna a disposar d'aquesta informació, tot i que la variable analitzada no és la mateixa. ² La categoria «Reste de traumàtics» inclou els accidents de trànsit notificats el 2003 amb el nou sistema d'informació i tots els del 2004.

La nostra salut

96

Taula 5. Evolució de les malalties relacionades amb el treball segons diagnòstic i sexe. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona 2007-2010.

	Homes				Dones			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
Malalties del sistema musculoesquelètic i teixit connectiu	20,5	25,7	20,9	22,5	20,9	18,8	16,2	17,6
Malalties del sistema respiratori	2,0	3,4	1,7	4,4	3,0	2,2	1,8	1,1
Trastorns mentals i del comportament	66,9	58,7	62,1	61,7	63,1	66,8	73,9	73,6
Malalties del sistema nerviós	2,0	3,4	2,3	0,4	3,4	2,2	1,2	1,4
Traumatismes i enverinaments	2,6	2,4	4,0	4,0	2,7	3,1	1,5	3,0
Altres	6,0	6,3	9,0	7,0	6,8	6,9	5,4	3,3
Total	151	206	177	228	266	319	333	363

Font: Registre de malalties relacionades amb el treball. Unitat de Salut Laboral de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Taula 6. Evolució de les taxes de mortalitat, mortalitat prematura i esperança de vida. Barcelona, 2000-2009¹.

Homes	2000 ²	2001	2002	2003 ³	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Defuncions	8.141	8.150	8.045	8.239	7.688	8.342	7.664	7.758	7.483	7.455
Taxa bruta x 100.000 hab.	1.150,2	1.137,2	1.107,4	1.116,4	1.024,3	1.087,9	989,5	1.020,4	965,7	958,4
Taxa estandarditzada ⁴ x 100.000 hab.	1.369,2	1.347,2	1.316,9	1.330,8	1.219,7	1.300,8	1.165,7	1.185,9	1.121,4	1.097,1
Taxa APVP ⁵ estandarditzada	5.837,5	5.581,2	5.302,9	5.109,7	4.667,2	4.899,6	4.428,1	4.385,3	3.965,0	3.892,4
Esperança vida en néixer	76,1	76,4	76,7	76,9	77,7	77,1	78,3	78,3	79,0	79,2
Dones										
Defuncions	8.399	8.449	8.433	8.747	7.877	8.577	7.975	8.130	8.232	8.196
Taxa bruta x 100.000 hab.	1.043,1	1.040,7	1.029,7	1.057,2	942,2	1.014,5	932,8	964,6	964,5	957,9
Taxa estandarditzada ⁴ x 100.000 hab.	743,4	740,0	724,4	728,2	651,2	692,1	617,1	626,8	628,1	613,5
Taxa APVP ⁵ estandarditzada	2.318,7	2.557,1	2.535,6	2.191,1	1.915,1	2.033,2	1.882,9	1.888,4	1.907,7	1.977,8
Esperança vida en néixer	83,6	83,4	83,7	83,8	84,8	84,4	85,4	85,2	85,2	85,3

Taula 7. Evolució de la mortalitat en la població de 15 a 44 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 15 a 44 anys. Barcelona, 2000-2009².

Homes	2000 ³	2001	2002	2003 ⁴	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Accidents de trànsit	13,0	15,0	14,3	14,6	7,5	11,1	7,1	8,6	5,2	4,9
Sobredosi	14,0	14,2	11,3	14,0	10,2	12,4	10,3	7,4	3,7	9,8
Suïcidi	9,3	10,0	10,1	8,1	11,5	10,3	6,5	7,4	6,7	8,2
Sida	16,6	13,7	14,0	8,6	6,9	7,5	5,8	4,7	3,5	3,0
Totes les causes	131,6	121,9	115,5	114,4	89,8	96,6	80,7	78,5	66,5	67,7
Dones										
Càncer de mama	4,7	4,4	6,1	2,6	4,0	4,4	3,0	4,7	3,6	2,5
Suïcidi	3,0	5,0	3,1	4,5	3,3	4,0	3,6	3,6	1,9	5,7
Accidents de trànsit	3,5	5,5	3,4	4,2	1,6	1,8	0,7	2,8	1,9	1,6
Sobredosi	4,3	3,0	2,1	3,3	2,1	3,4	3,0	2,2	0,7	1,9
Sida	3,5	6,7	4,8	4,2	1,8	2,8	2,0	2,0	1,5	0,8
Totes les causes	51,1	64,1	59,2	49,4	37,5	44,7	39,3	40,6	35,7	39,9

Font: Registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Fins l'any 1999, les causes de mort eren codificades amb la classificació internacional de malalties, 9a revisió, a partir de l'any 2000 s'ha utilitzat la 10a revisió. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Taula 8. Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 45 a 74 anys. Barcelona, 2000-2009².

Homes	2000 ³	2001	2002	2003 ⁴	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Càncer de pulmó	187,1	199,2	180,4	187,2	174,6	193,9	190,4	186,5	176,7	160,1
Malaltia isquèmica del cor	164,3	156,9	144,4	141,4	131,9	132,4	119,1	109,8	104,5	102,1
Malaltia cerebrovascular	82,7	74,6	63,3	57,3	48,3	56,9	58,2	43,7	45,5	47,7
Cirrosi	58,8	45,9	53,7	38,8	51,3	40,6	44,1	39,1	34,1	40,6
Totes les causes	1.370,5	1.365,9	1.290,6	1.240,8	1.210,5	1.264,4	1.172,9	1.139,2	1.071,5	1.037,1
Dones										
Càncer de mama	58,2	58,9	57,0	44,7	52,1	46,9	45,9	45,6	49,9	49,9
Càncer de pulmó	19,4	22,5	28,4	22,7	27,3	30,9	26,2	28,2	33,4	32,5
Malaltia isquèmica del cor	34,4	38,5	31,0	33,3	20,6	27,4	23,3	23,9	18,2	15,6
Malaltia cerebrovascular	34,8	39,3	32,8	30,8	23,1	22,5	18,1	19,3	27,1	23,3
Cirrosi	24,9	22,4	19,1	16,5	14,7	20,8	16,6	13,5	17,4	14,2
Totes les causes	547,0	564,0	540,4	504,0	467,4	495,3	433,8	442,2	469,8	432,5

Taula 9. Evolució de la mortalitat en la població de més de 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de més de 74 anys. Barcelona, 2000-2009².

Homes	2000 ³	2001	2002	2003 ⁴	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Malaltia isquèmica del cor	1.009,1	1.082,8	1.117,4	1.076,9	872,8	853,7	779,0	847,3	838,5	776,6
Malaltia cerebrovascular	898,2	823,8	805,2	759,1	739,2	743,3	653,8	635,3	535,9	576,9
Càncer de pulmó	504,2	472,2	482,6	456,5	456,6	445,1	462,4	498,4	506,5	456,9
Trastorns mentals	409,2	520,3	461,5	510,2	392,0	395,1	403,4	413,7	361,0	385,5
Totes les causes	9.170,7	8.995,7	8.988,4	9.378,9	8.339,0	9.014,2	7.935,5	8.319,2	7.929,2	7.998,8
Dones										
Malaltia cerebrovascular	711,1	718,4	661,6	630,3	569,8	582,0	471,5	524,3	473,9	440,1
Trastorns mentals	455,7	463,2	499,8	522,7	415,2	413,8	398,2	385,6	385,6	409,9
Malaltia isquèmica del cor	603,9	569,9	555,8	540,0	472,7	473,7	381,6	337,4	390,4	357,5
Càncer de mama	133,9	116,5	127,5	121,7	107,0	112,9	104,6	123,1	107,0	123,9
Totes les causes	5.915,7	5.737,0	5.686,6	5.919,8	5.241,1	5.580,8	5.005,1	5.082,0	4.994,9	5.063,9

Font: Registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996.² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Fins l'any 1999, les causes de mort eren codificades amb la classificació internacional de malalties, 9a revisió, a partir de l'any 2000 s'ha utilitzat la 10a revisió. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.**Taula 10.** Evolució de les taxes de mortalitat infantil i perinatal. Barcelona, 2001-2009¹.

	2001	2002	2003 ³	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Mortalitat infantil									
Defuncions infantils a 0 anys	46	48	39	69	53	41	44	50	39
Taxa mortalitat infantil x 1.000 nascuts vius	3,7	3,7	2,7	4,7	3,6	2,8	2,9	3,2	2,6
Mortalitat perinatal									
Defuncions perinatals (= >500 g)	91	82	81	93	92	70	61	66	60
Taxa mortalitat perinatal x 1.000 (= >500 g)	7,2	6,3	5,7	6,4	6,2	4,7	4,0	4,2	4,0

Font: Registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹ Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ² Fins l'any 1999, les causes de mort eren codificades amb la classificació internacional de malalties, 9a revisió, a partir de l'any 2000 s'ha utilitzat la 10a revisió. ³ A partir de l'any 2003, les dades provenen del Departament de Salut.

La salut a Barcelona 2010



Si voleu obtenir còpies d'aquest informe o fer-nos arribar comentaris i suggeriments us podeu adreçar a:

Patricia Altimira

Agència de Salut Pública de Barcelona

Pl. Lesseps 1

08023 Barcelona

Tel.: 93-2384545

Fax: 93-2173197

e-mail: paltimir@aspb.cat

També us podeu descarregar aquest informe de la pàgina web de l'ASPB: www.aspb.cat



Si voleu citar dades d'aquest informe, us demanem ho feu de la següent manera:
Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut a Barcelona 2010
Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2011.

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona



Agència
de Salut Pública

